

# **SAMHANDLINGSREFORMA**

## ***TIDLEGE EFFEKTAR PÅ SAMARBEIDET MELLOM LOKALSJUKEHUS OG BYDELAR I OSLO KOMMUNE.***

Mari Svardal



Masteroppgåve i statsvitskap

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2013



”SAMHANDLINGSREFORMA – TIDLEGE  
EFFEKTAR PÅ SAMARBEIDET MELLOM  
LOKALSJUKEHUS OG BYDELAR I OSLO  
KOMMUNE.”

© Mari Svardal

2013

”Samhandlingsreforma – tidlege effektar på samarbeidet mellom lokalsjukehus og bydelar i Oslo kommune.”

Mari Svardal

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Samandrag

Samhandlingsreforma i helsevesenet vart sett i verk 1. januar 2012 og tek sikte på gjennom ei rekkje tiltak å betre samarbeidet mellom ulike nivå i helsevesenet, mellom anna for å skape eit betre tilbod til pasientane. Studien tek utgangspunkt i dei nye reglane knytt til utskrivingsklare pasientar, der kommunane no må ta i mot pasientar med oppfølgingsbehov i løpet av 24 timar om dei ikkje vil få bøter, medan dei før hadde sju dagar.

Eg har undersøkt korleis reforma fører med seg endringar i strukturen og organisasjonskulturen i samhandlinga mellom nokre bydelar og deira tilhøyrande lokalsjukehus i Oslo kommune. Gjennom intervju med personar som til dagleg er involvert i samhandling kring utskrivingsklare pasientar, har eg søkt å belyse korleis reforma får konsekvensar for samarbeidet mellom einingane og kva konsekvensar dei nye reglane får for pasientane. Gjennom eit organisasjonsteoretisk rammeverk og instrumentelle og institusjonelle perspektiv har eg analysert desse funna, der både strukturelle og kulturelle forhold vert diskutert.

Det har i hovudsak ikkje skjedd store strukturelle endringar i samhandlinga mellom einingane, men ein har endra rutinane for samhandlinga. Av dei strukturelle endringane peikar den nye betalingsplikta, dei kortare tidsrammene samhandlinga skal gå føre seg innanfor og innføring av elektronisk meldingsutveksling seg ut som dei viktigaste. Desse endringane har ført til at bydelane har tatt ut pasientane raskare av sjukehuset og at kommunikasjonen mellom einingane går fortare. Samtidig ser eg at ein byrjar å få kulturelle endringar i organisasjonane som følgje av auka fokus på samhandling. Informantane er meir bevisste kring kor viktig samhandling er og dei forventar også i større grad at samhandling skal gå fort.

Desse endingane har ført til at informantane opplever at samarbeidet har vorte betre etter innføringa av reforma. Ein vesentleg del av dette kjem av den elektroniske meldingsutvekslinga som gjer kommunikasjonen enklare og meir effektiv. Samtidig er det utfordringar knytt til kulturelle forskjellar mellom einingane, der ulik forståing av kva som er det beste for pasientane fører til konflikhtar i samarbeidet.

Informantane er nokså ambivalente i synet på i kva grad pasientane får det betre av reforma. Sjølv om ein ser fordelar med tidleg utskriving, ein unngår sjukehusinfeksjonar og kjem tidleg i gang med rehabilitering, er likevel inntrykket at samhandlinga no går for fort til

at ein rekk å ivareta informasjons- og tryggingsbehov hjå pasientane. Ein sentral diskusjon her er i kva grad reforma fører til at økonomiske omsyn vert lagt meir vekt på enn pasientomsyn.

# Forord

Arbeidet med masteroppgåva har vore ein interessant prosess frå start til slutt. Samhandlingsreforma og den generelle tilstanden i norsk helsevesen har vore heftig debattert under heile mastertida mi, noko som har gjort motivasjonen til å gå bak avisoverskriftene stor. Der fann eg flotte og engasjerte menneske som jobbar hardt for å omsette målsettingar og krav frå politisk leiing i gode helsetenester for deg og meg. Tusen takk til informantane mine som har stilt opp og vore svært behjelpelege med framskaffing av materiale i tillegg til å stille opp på intervju.

Rettleiar Tom Christensen fortener ein stor takk for god rettleiing, tilgjengelegheit og fagleg input gjennom heile prosessen. Spesielt takk for hjelp, motivasjon og oppmuntring til å halde meg i «flytsona» trass transatlantiske utfordringar.

Eg vil også gjerne takke Anne-Lise Kristensen og resten av Helse - og sosialombudet i Oslo for å ha sett meg på ideen om å skrive om dei utskrivingsklare pasientane og Finansdepartementet for nyttige innspel i prosessen.

Mine kjære medstudentar fortener også ein stor takk. De har gjort mastertida til ei utruleg flott tid og har gitt meg gode innspel i løpet av heile oppgåveprosessen. Eg vil også takke mine andre kjære vener som har gitt meg oppbakking og sørga for at eg alltid har hugsa på at det er ei verd utanfor Blindern.

Familien min vil eg gjerne takke for god støtte og oppmuntring.

Ein spesiell takk til Anne Maren Aabøe og Kari Johanne Hjeltne for svært kompetente gjennomlesingar og tilbakemeldingar.

Til slutt vil eg takke Osloforsking for finansiell støtte til prosjektet.

Eg har i studien nytta noko materiale frå oppgåver innlevert i *STV4020 Forskningsmetode og statistikk*, *STV4402 Organisasjonsdesign og forvaltningsreformer*, *STV4428 Teorier om offentlig politikk: nasjonalt og internasjonalt* og *STV4407 Institusjonell teori*.

Mari Svardal

15. mai 2013

Tal på ord: 37 182.





# Innhald

1	INNLEIING .....	1
1.1	Tema og problemstilling .....	1
1.2	Samhandlingsomgrepet .....	4
1.3	Hovudelementa i studien .....	6
1.3.1	Kvifor samhandlingsreforma? .....	6
1.3.2	Kvifor utskrivingsklare pasientar? .....	8
1.3.3	Kvifor Oslo? .....	9
1.3.4	Avgrensingar .....	10
2	TEORETISKE INNFALLSVINKLAR .....	13
2.1	To teoretiske perspektiv på organisasjonsendring .....	13
2.2	Instrumentell teori .....	14
2.3	Institusjonell teori .....	17
2.4	Teoretiske forventningar .....	21
3	METODE .....	23
3.1	Om metodeval .....	23
3.2	Datainnsamling .....	24
3.2.1	Val av einingar og informantar .....	25
3.2.2	Andre metodar: Dokumentstudium og observasjon .....	27
3.3	Validitet og reliabilitet .....	28
4	SAMHANDLINGSREFORMA .....	30
4.1	Bakgrunn for reforma .....	30
4.2	Innhald i reforma .....	31
4.2.1	Problemforståing .....	31
4.2.2	Tiltak .....	32
4.3	Rammene rundt samhandling i Oslo .....	34
4.3.1	Samhandling i Oslo før samhandlingsreforma .....	34
4.3.2	Aktørar i samhandlinga .....	36
4.4	Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter .....	41
4.4.1	Innhaldet i forskrifta .....	41
4.4.2	Særavtaler i Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor .....	44

4.5	BEON-prinsippet.....	45
4.6	Reforma sitt fyrste leveår .....	47
5	Å SAMHANDLE UNDER DEN NYE REFORMA - FUNN FRÅ INTERVJUA .....	49
5.1	Syn på reforma .....	49
5.2	Samhandling mellom sjukehus og bydel.....	50
5.2.1	Kva fungerer – sett frå bestillerkontor og sjukehus .....	50
5.2.2	Utfordringar – sett frå bestillerkontor og sjukehus .....	56
5.3	Effektar for pasientane .....	63
6	ANALYSE .....	66
6.1	Innleiing .....	66
6.2	Problemstilling 1: Strukturelle og kulturelle endringar?.....	66
6.2.1	Ei instrumentell analyse av dei viktigaste endringane .....	66
6.2.2	Ei kulturell analyse av endringane .....	72
6.2.3	Kulturell modifisering av strukturell endring?.....	75
6.3	Problemstilling 2: Faktiske effektar som følgje av endringane?.....	78
6.3.1	Effektar på samarbeid og pasienthandsaming frå eit instrumentelt perspektiv....	78
6.3.2	Effektar på samarbeid og pasienthandsaming frå eit kulturelt perspektiv .....	82
7	OPPSUMMERING OG KONKLUDERANDE MERKNADER .....	87
7.1	Hovudfunn.....	87
7.2	Implikasjonar av funna.....	90
7.3	Tiltak for betre samhandling og vegen vidare.....	92
	Litteraturliste .....	94
	Vedlegg .....	98

## Tabellar og figurar

Tabell 2.1	Typar av institusjonell endring. Kjelde: Pollitt (2008). .....	20
Figur 4.3	Kommunikasjon mellom bydel og sjukehus kring ein pasient. ....	42
Figur 4.4	Eksempel på omsorgstrapp. Kjelde: Bydel Østensjø (2010).....	46
Figur 5.5	Liggedøgn utskrivingsklare pasientar for alle bydelar 2010-2012, tertialvis. Talet på døgnoophald ved sjukehus for pasientar som er erklært utskrivingsklare. Kjelde: Helsedirektoratet (2013).....	48

# 1 Innleiing

## 1.1 Tema og problemstilling

Dei fleste av oss vil i løpet av livet ha behov for helsetenester eller på anna vis kome i kontakt med helsevesenet. Behovet for god behandling, pleie og omsorg står sentralt i alle fasar av livet, og svært mange personar er tilsett i helse- og omsorgsvesenet nettopp for å sørgje for at du og eg kan få dei tenestene vi treng. Derfor er det ikkje rart at få sektorar i Noreg vekker større engasjement. Debattar om i kva grad ein skal involvere private aktørar i helsevesenet eller kva behandling ein skal tilby og kva ein skal prioritere engasjerer. Politikarar må tåle hard medfart for kostnadsoverskridingar, uoversiktlege sjukehussamanslåingar eller lokalisering av nye sjukehus. Krava som vert stilt vert høgare og høgare, og kostnadane har dermed potensial til å stige til himmels. Helsesektoren er dermed også ein sektor som mange har forsøkt å reformere, med føretaksreforma frå 2002 og fastlegereforma frå 2001 som dei siste store. I hovudstaden arbeider ein framleis med å få samanslåinga av dei største sjukehusa i byen i økonomisk balanse. Denne oppgåva tek utgangspunkt i den siste store reforma i helsevesenet, Samhandlingsreforma, ei reform som siktar mot å endre både kommune- og spesialisthelsetenestene.

Samhandlingsreforma i helsesektoren starta opp 1. januar 2012. Dette er ei reform som tek sikte på å svare på ei rekkje utfordringar i helsesektoren, både eksisterande problem og nye i framtida. Det vert særleg lagt vekt på at manglande koordinering mellom ulike nivå i helsetenestene skapar dårlegare tilbod for pasientane (St.meld. 47, 2008-2009: 13). Ein observerer ein strukturell mangel i behandlingskjeda, det er for høg terskel mellom sjukehusbehandling og det kommunale tilbodet (St.meld. 47, 2008-2009: 59). Dette fører til at pasientar fell mellom to stolar: Dei er utskrivingsklare i følgje sjukehuset, men må vente på kommunalt tilbod, eller dei vert lagt inn på sjukehus for enkle medisinske tilstandar fordi kommunane manglar kompetanse. Ein vesentleg del av reforma består derfor av tiltak som skal betre kommunikasjon mellom nivå og skape eit meir heilskapleg behandlingsforløp for pasienten. Forløp vert i reforma definert som den kronologiske kjeda av hendingar som utgjer pasienten sitt møte med ulike delar av helse- og omsorgstenestene (St.meld. 47, 2008-2009: 15).

Reforma er omtala som ei retningsreform, og det vert i stortingsmeldinga understreka at siktemålet med meldinga er å legge fram forslag om korleis omsynet til samhandling bør påverke retninga for vidare utvikling av helse- og omsorgssektoren (St.meld. 47, 2008-2009: 14). Samhandling vert i reforma definert som:

*”...et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St.meld. 47, 2008-2009: 13).*

Eit av hovudverkemidla i reforma er omfordeling av oppgåver. Kommunane vil få medfinansieringsansvar for personar frå si kommune som er på sjukehus, dette for å styrke insentiva til førebyggjande folkehelsearbeid. Kommunane skal også ha større ansvar for behandling gjennom oppretting av lokalmedisinske senter, der pasientar med avklara behandlingsforløp og / eller behov for oppfølging kan få tilbod. Dei lokalmedisinske sentera, som også skal ha øyeblikkeleg hjelp-funksjon, er planlagt lovfesta frå 1.1.2016 (Meld. st. 16, 2010-2011: kap 3.4.1.). Det er likevel eit anna verkemiddel som alt er sett i gong som gir kommunane større ansvar: Det økonomiske ansvaret for pasientar som er ferdigbehandla på sjukehus og dermed utskrivingsklare, men som har behov for oppfølging kommunalt i etterkant av sjukehusopphald. Tidlegare hadde kommunane ti, i Oslo sju dagar på seg på å ta i mot desse pasientane før ein bøtemekanisme på 2000 kroner per døgn sette inn. Men frå 1. januar 2012 har kommunane måtte betale dagsbøter på 4000 kroner frå den dagen pasienten vert erklært utskrivingsklar om dei ikkje klarar å skaffe tilbod i kommunen (Forskrift om kommunal medfinansiering, 2011).

Helseføretaka rapporterte allereie tidleg i januar 2012 at dei såg effektar av reforma nettopp i samband med utskrivingsklare pasientar. Tertialrapport for Helse Sør-Øst for fyrste tertial 2012 viser at medan talet på døgnpasientar har auka med 1,5 % sidan 2011, har det totale talet på liggedøgn gått ned med 4 % og pasientane har 5,4 % kortare liggetid (Helse Sør-Øst, 2012a: 44).

*”Raskere kommunal håndtering av utskrivningsklare pasienter har gitt helseforetakene / sykehusene reduserte liggetider og en merkapasitet, slik at de har klart å ta inn flere døgnpasienter til utredning og behandling.”.*

Denne effekten ser ut til å vare utover året, sjølv om ein KS-rapport peiker på at det på landsbasis har skjedd endringar i rapporteringsrutiner som kan ha spelt inn slik at omfanget av

effekten ikkje er så stor som den fyrst verka (KS, 2012). Både Helse Sør-Øst og KS sine rapportar finn likevel ein nedgang i talet på liggedøgn på pasientar, og dei tilskriv begge denne som ein effekt av den kommunale betalingsplikta for dei utskrivingsklare pasientane.

Trass i at ein ser effektar frå sjukehusa si side har det ikkje vore fokusert like mykje på kva som skjer i samhandlinga mellom sjukehus og kommune og kva konsekvensar den tidlegare utskrivninga får for pasientane. Eg ynskjer i denne studien å gå bak desse effektane av samhandlingsreforma. Korleis er prosessen mellom sjukehus og kommune i praksis kring samhandling om pasientar med behov for kommunal oppfølging? Med utgangspunkt i Oslo kommune ynskjer eg å studere på kva måte samhandlingsreforma til no har påverka samarbeidet om utskrivingsklare pasientar ved nokre av lokalsjukehusa og bydelane i kommunen. Det vil særleg vere to relevante aspekt ved dette: Korleis reforma har påverka dei strukturelle forholda kring samarbeidet mellom sjukehus og bydel og korleis reforma spelar inn på samhandlingskulturen mellom einingane.

For det fyrste ynskjer eg å undersøke om og eventuelt korleis dei ulike einingane eg studerer har gjort strukturelle endringar i samband med reforma for å tilpasse seg den nye forskrifta om dei utskrivingsklare pasientane. Med strukturelle endringar meiner eg endringar i ein normativ struktur samansett av reglar og roller som spesifiserer meir eller mindre klart kven som er forventa å gjere kva eller korleis (Egeberg, 2003: 113). Dette vil mellom anna innebære kven som er overordna og underordna kvarandre, kva vegar informasjon skal gå og kva som er reglane for samhandling. For det andre er eg interessert i dei organisasjonskulturelle aspekta ved samhandling, det vil seie dei uformelle normene og reglane for kva som er passende oppførsel i ein organisasjon. Eg ynskjer å undersøke om og på kva måte kulturelle trekk ved dei ulike einingane involvert i samhandlinga legg føringar for korleis samhandlingsreforma vert implementert i organisasjonane. Dei kulturelle aspekta er teoretisk sett forventa å spele ei stor rolle i korleis ei reform vert implementert. Dersom nye reglar og rutinar som følgje av reforma bryt kraftig med det informantane opplever som passende, vil dette ha ein negativ verknad på innføringa av reforma.

Studien siktar mot å svare på to problemstillingar. Den fyrste problemstillinga siktar mot å identifisere dei strukturelle og kulturelle endringane ein ser i einingane og i samarbeidet mellom dei. Diskusjonen vil ha ein deskriptiv karakter og sjå endringane i lys av instrumentell og kulturell teori. Eg vil også diskutere i kva grad kulturell motstand mot endring modifierer strukturelle endringar.

**Problemstilling 1:** *I kva grad og korleis inneber samhandlingsreforma strukturelle og kulturelle endringar i pasienthandsaminga i skjeringsflata mellom lokalsjukehus og bydelar i Oslo?*

Den andre problemstillinga vil legge meir vekt på kva dei endringane eg identifiserer i problemstilling 1 faktisk fører til i dei ulike einingane. Kva er konsekvensane av desse for samarbeidet mellom einingane og korleis får dette utslag for pasientane? Problemstillinga vil verte belyst gjennom instrumentell og kulturell teori og vil verte sentrert rundt i kva grad ein ser faktiske effektar av samhandlingsreforma og korleis dette får konsekvensar for dei involverte i samhandlinga og pasientane.

**Problemstilling 2:** *I kva grad påverkar dei strukturelle og kulturelle endringane faktisk pasienthandsaming og samarbeid?*

Eg skal altså sjå på *kva for endringar som har skjedd* som følgje av samhandlingsreforma og *kva som er konsekvensane* av desse endringane.

## 1.2 Samhandlingsomgrepet

Samhandlingsomgrepet er eit omgrep som vert nytta i svært mange samanhengar og svært ofte i tydinga “samarbeid”, som også er den definisjonen ein nyttar i ordbøker. Men omgrepet vert også nytta i samanhengar der konnotasjonen ligg meir på koordinering mellom einingar enn på samarbeid. Omgrepet kan sjåast i samanheng med «Whole-of-Government» (WoG) eller «Joined-up-Government» (JuG) tilnærmingar til statleg styring i New Zealand, Australia og Storbritannia på seint 1990-talet (Høverstad, 2010; Neby, 2012). Desse tilnærmingane var resultat av at New Public Management-reformer gjennom utstrakt spesialisering av einingar, hadde skapt eit behov for koordinering på område som vanskeleg let seg handsame av ei enkelt eining, såkalla «wicked issues» (Askim et al., 2009). Ein såg at endringar i struktur ikkje var nok for å oppnå koordinering på desse områda. Ein var også nøydd til å gjere endringar i kulturen og korleis folk tenker i dei einingane som skulle koordinerast (Christensen & Lægreid, 2007b). Samhandling kan dermed sjåast som ein tankemåte, ikkje berre som ein mekanisme for koordinering. Omgrepet kan også seiast å ha fått status som noko som er bra i seg sjølv, få vil bestride at koordinering av myndigheitene sine oppgåver er positivt (Christensen & Lægreid, 2007b). Samhandling er dermed eit omgrep med positive konnotasjonar for dei fleste.

Wisløff-utvalet (NOU 2005:3: 13), som samhandlingsreforma i store trekk bygger på, definerer samhandling svært breitt:

*«Med "samhandling i helsetjenesten" mener utvalget aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Samhandlingen vil kunne gjelde pasienter, pårørende, pasient- og brukerorganisasjoner, tjenesteutøvere i ulike deler av hjelpeapparatet, interesseorganisasjoner, besluttende myndigheter, ombudsordninger, kontrollmyndigheter og klageinstanser. I tillegg kan ulike fagmyndigheter og fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer være viktige premissleverandører for hvorledes det samhandles mellom disse. Det samme kan blant annet media være.»*

Denne definisjonen av samhandling legg opp til ei svært vid forståing av omgrepet, med involvering av mange aktørar, nivå og oppgåver, utan å vere særleg spesifikk på kva samhandling faktisk inneberer i helsevesenet. Dette kan seiast å vere eit vedvarande problem knytt til definering av samhandlingsomgrepet, det er eit omgrep som kan romme svært mykje. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten presenterte ein gjennomgang av forskning kring samhandling i samband med St. Meld. 47 (2008-2009) (Oxman et al., 2008). Dei ser samhandlingsomgrepet i samband med det engelske uttrykket «integrated care», eit uttrykk med eit vell av synonym brukt til å skildre samhandling i helsevesenet, mellom anna *coordinated care, collaborative care, managed care, disease management, case management, patient-centred care, cronic (illness) care, continuity of care, transmural care* og *seamless care*. McDonald et al. (2007: 39) har samanfatta 40 ulike definisjonar på samhandling og har kome fram til følgjande fem nøkkelement i omgrepet:

- Mange aktørar er involvert i samhandlinga.
- Samhandling er nødvendig når aktørane er avhengige av kvarandre for å gjennomføre dei ulike aktivitetane knytt til pasienthandsaming.
- For å kunne gjennomføre dei ulike aktivitetane på ein koordinert måte treng alle aktørane nok kunnskap om eigen og andre sine roller og kva som er tilgjengelege ressursar.
- Dette fører til behov for informasjonsutveksling mellom aktørane.

- Målet med samhandlinga er å gjere det lettare å yte gode helsetenester til pasientane.

Desse nøkkelementa kan ein finne att i samhandlingsreforma sin definisjon av samhandling: “Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.” (St.meld. 47, 2008-2009: 13). Samtidig har ein i stortingsmeldinga valt å gi mange eksempel på kva som er god samhandling, eksempel som strekker seg frå lokalmedisinske sentra og intermediære sengepostar til mobile akutteam, open retur for til sjukehus for psykiatriske pasientar og intravenøs behandling på sjukeheim. Dette skapar rom for ulike fortolkingar av kva samhandling tyder hjå den enkelte. Ein kan derfor sjå samhandling som noko kulturelt (Høverstad, 2010), som også vert understreka i stortingsmeldinga om samhandlingsreforma: Reforma er fyrst og fremst ei retningsreform, og ikkje ei strukturereform. Ein søker å endre måtar å tenke på og mønster for korleis ein heldt seg til andre einingar. Og ein søker å oppnå saumlause tenester for pasientane.

## 1.3 Hovudelementa i studien

### 1.3.1 Kvifor samhandlingsreforma?

Samhandlingsreforma er ei reform som i større grad tek sikte på å gjere kulturelle enn strukturelle endringar i helsevesenet (Høverstad, 2010: 11). Fokuset er retta mot samarbeid, samordning og dialog mellom dei ulike einingane i helsevesenet, og dei strukturelle endringane som er sett i verk eller planlagt sett i verk kan i hovudsak seiast å understøtte dei kulturelle aspekta ved reforma. Behovet for ein ny helsereform må sjåast i samheng med den politiske dagsordenen kring 2008, då det hadde vore mykje merksemd kring lange ventelister, korridorpasientar, nedlegging av lokalsjukehus, kostnadsvekst og budsjettsprekk i pressa (Aftenposten, 2008). Då Bjarne Håkon Hanssen vart innsett som ny statsråd i juni 2008 signaliserte han direkte at han ville setje i gong arbeid med ei ny reform, eit arbeid han tok leiinga for og fronta sterkt i perioden han var statsråd fram til hausten 2009.

Det endelege reformdokumentet *St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* peikte på tre hovudutfordringar i helsevesenet: pasientane får ikkje godt nok koordinerte helsetenester, innsatsen for førebygging og avgrensing av sjukdom var for liten og den demografiske utviklinga ville kunne true



samfunnet si økonomiske bereevne. Hovudtiltaka for å betre eller motverke desse utfordringane er meir samhandling kring heilskaplege pasientforløp og ei større kommunal rolle i behandling og finansiering av helsetenester. Det vil då verte skapt økonomiske insentiv for kommunane til å ta på seg dette ansvaret.

Nøkkelen til reforma si suksess er oppbygging av dei kommunale tenestene og meir samhandling på tvers av nivå. Det er billegare å behandle pasientar i kommunane, og gjennom omfordeling av økonomiske middel frå helseføretaka til kommunane skal kommunane få insentiv til å byggje opp eigne tenester. Samtidig skal kommunane vere med å finansiere 20 % av kostnadane ved eit somatisk sjukehusopphald for innbyggjarane sine (Forskrift om kommunal medfinansiering, 2011). Dette skal gi kommunane insentiv til å drive med førebyggingsarbeid. For å korte ned køar ved sjukehusa og frigjere kapasitet ved desse har ein også innført kommunal betaling frå dag ein for pasientar som er erklært utskrivingsklare. Satsen på 4000 kroner er forventa å overstige kostnaden for eit kommunalt tilbod, og det skal dermed lønne seg økonomisk for kommunane å ta i mot pasienten så fort han er erklært utskrivingsklar (St.meld. 47, 2008-2009: 106).

Samarbeid og dialog mellom dei ulike einingane må ligge i botn for at ein skal klare å få gode effektar av dei økonomiske insentiva og gi pasientane så glidande overgang mellom dei ulike helsetenestetilbydarane som mogleg. Ein søker derfor meir heilskap i tenestetilbodet, og at innsats vert retta mot heilskaplege pasientforløp i staden for mot deltenester (St.meld. 47, 2008-2009: 48). Kunnskapar om tilbod og kompetanse hjå andre tilbydarar, for eksempel at sjukehus kjenner til om kommunane har det rehabiliteringstilbodet som behøvs for ein gitt pasient eller pasientgruppe, er viktig i denne samanhengen. Det same gjeld at ein har ei felles forståing av kva som er gode pasientforløp for ulike pasientgrupper. Dialog og kommunikasjon mellom einingar vert derfor svært viktig. Samarbeidsavtaler mellom helseføretaka og kommunane vert ved reforma lovfesta og det er også tydelegare spesifisert tidsrammer for når sjukehus skal rapportere til kommunen om pasientar som treng kommunal oppfølging og når kommunen skal gi beskjed om når dei kan ta i mot pasienten (Forskrift om kommunal medfinansiering, 2011). Rammene for samhandling er dermed skjerpa, samtidig som ein set krav til meir kommunikasjon mellom dei ulike helsetenesteeiningane.

### 1.3.2 Kvifor utskrivingsklare pasientar?

I denne studien har eg valt å konsentrere meg om eit av dei økonomiske verkemidla i samhandlingsreforma, kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar. Utskrivingsklare pasientar er pasientar som er ferdigbehandla på sjukehus, men som ventar på å verte skrivne ut fordi dei har behov for oppfølging i etterkant av sjukehusopphaldet. Det er kommunane som har ansvar for å tilby tenester i etterkant, for eksempel opphald på sjukeheim, heimesjukepleie eller praktisk bistand i heimen. Dersom kommunane ikkje har eit tilbod klart slik at dei kan ta i mot pasienten når sjukehuset melder pasienten utskrivingsklar, må dei i følgje reforma no betale 4000 kroner per døgn pasienten vert liggande på sjukehus.

Bakgrunnen for val av nettopp utskrivingsklare pasientar som fokus for dette prosjektet er at det er eit av verkemidla som vart sett i verk med ein gong 1. januar 2012. I motsetnad til den kommunale medfinansieringa, som er eit anna verkemiddel i reforma der kommunalt førebyggingsarbeid ikkje kan ventast å bere frukter i form av færre innleggingar på mange år, hadde kommunane direkte moglegheit til å påverke kor lenge utskrivingsklare pasientar låg på sjukehus frå 1. januar 2012. Dette ser ein også effekten av, jamfør Helse Sør-Øst og KS sine rapportar som nemnde tidlegare. I tillegg er betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar eit verkemiddel som er rimeleg "enkelt" og klart definert, og vil dermed kunne forventast å verte implementert omtrent likt over heile landet, med visse lokale variasjonar knytt til dei ulike samarbeidsavtalene mellom helseføretak og kommunar. Samtidig har rapporteringa om effektane av dette tiltaket vore basert på at ein ser positive effektar av det, det vil seie ein nedgang i liggetid. Men ein har også sett uttrykk for skepsis knytt til behandlinga pasientane får i kommunane, med nyhendesakar om dårleg bemanning ved kommunale tilbod og gangpasientar på sjukeheimar. Med tanke på at kommunane fekk informasjon om kor mykje dei fekk i omfordelte middel først i november 2011, er det interessant å dvele litt ved kor god tid og kor god økonomi dei har hatt til å etablere eit godt og fullverdig tilbod for fleire og sjukare pasientar allereie frå 2012. Det er derfor interessant å finne ut av korleis dette faktisk fungerer for kommunane.

Helse Sør-Øst (2012b: 54) viser til ei uro blant brukarombod og brukarutval kring kvaliteten på dei tenestene dei utskrivingsklare pasientane tek i mot i kommunen etter at dei er skrivne ut frå sjukehus. Kommunikasjon og samarbeid mellom lokalsjukehus og kommunale einingar vil vere sentralt i gjennomføringa av dette punktet i reforma, både fordi rammene for samarbeidet er gjort tydelegare, men også på grunn av den kortare saksbehandlingstida. Blir

samhandlinga mellom desse to einingane betre av samhandlingsreforma? Og dersom ja, opplever informantane at betre samhandling fører til eit betre tilbod for pasientane?

### 1.3.3 Kvifor Oslo?

For å seie noko om korleis samhandlingsreforma og den nye betalingsplikta fungerer i røynda har eg valt å ta for meg samarbeidet mellom sjukehus og kommunar. Gjennom intervju med tilsette som til dagleg arbeider med samhandling kring utskrivingsklare pasientar ynskjer eg å seie noko om korleis reforma påverkar dette samarbeidet. Eg har valt å avgrense studien til nokre bydelar i Oslo og lokalsjukehusa til desse bydelane.

Valet av Oslo som studieeinining baserer seg på fleire element. For det fyrste har samarbeidet mellom lokalsjukehus og respektive bydelar eksistert sidan det i bydelane vart innført bestiller-utfører-modell i pleie- og omsorgstenestene i 2004. Ein oppretta då bestillerkontor i kvar bydel som har som oppgåve å tildele tenester til sine innbyggjarar etter behovsvurdering (Moland, 2011). Etter vurdering vert vedtaka sendt til Sykehjemsetaten sentralt i Oslo kommune som tildeler sjukeheims plass ved behov, andre tenester som heimesjukepleie, praktisk bistand og rehabilitering vert administrerte av kvar enkelt bydel.

Sjukehusa har også over lengre periode hatt samhandlingskoordinatorar som har arbeidd med intern samhandling på sjukehus, men også retta samhandling retta mot bydelar og kommunar. Dette vil derfor gi eit grunnlag for å seie noko om korleis samhandlinga mellom einingane vert påverka av reforma. Det vart også i 2009 gjennomført eit prosjekt ved Lovisenberg og Diakonhjemmet sjukehus og dei bydelane som har desse som lokalsjukehus<sup>1</sup> basert på at det var store skilnader mellom ulike bydelar når det gjaldt kor kjapt bydelane tok i mot utskrivingsklare pasientar (Egger, 2009). Ved å nytte kunnskapar kring prosessen frå dette prosjektet som basis, vil ein ytterlegare kunne seie noko om korleis reforma spelar inn på samarbeidet. Eg vel derfor å basere meg på Lovisenberg og Diakonhjemmet og deira tilhøyrande bydelar St. Hanshaugen og Vestre Aker. Dette vil gi eit utval av bydelar med ulikt økonomisk og levekårsmessig utgangspunkt, samtidig som dei også varierer i storleik og talet på sjukeheims plassar i forhold til storleik (Egger, 2009; Moland, 2011).

---

<sup>1</sup> Eg vil heretter omtale sjukehusa og dei tilhøyrande bydelane som høvesvis Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor.

### 1.3.4 Avgrensingar

Studien tek sikte på å seie noko om korleis samarbeidet mellom bydelane ved bestillerkontora og lokalsjukehusa fungerer etter at ein har endra rammevilkåra for samhandlinga gjennom å innføre betalingskrav for kommunane frå dag ein. Hovudfokuset vil dermed verte på samhandlingsprosessen, frå sjukehuset melder frå til bydelen om at ein pasient er skrive inn på sjukehuset til pasienten vert skrive ut. Det er dei organisatoriske forholda som vil vere kjernen i studien, og eg vil ikkje gå vidare inn på kva tilbod pasientane får etter at samhandlingsprosessen som definert over er ferdig. I samband med dette vil eg i denne samanhengen avgrense meg til å gå inn på korleis informantane opplever at dei kortare tidsfristane påverkar pasientane.

Med studien ynskjer eg å identifisere kva personar som til dagleg samhandlar om utskrivingsklare pasientar meiner fungerer og kva som er utfordringar knytt til samhandlingsprosessen. I tillegg ser eg på kva faktorar informantane meiner er viktige å få på plass for at den vidare samhandlinga skal fungere godt og korleis ho kan verte betre. Av kapasitetsmessige omsyn har eg valt å ikkje trekkje inn einingane sin økonomiske situasjon i prosjektet, sjølv om dette kan vere ein vesentleg faktor i kva vurderingar som vert gjort ved dei ulike einingane, samt kva tilbod pasientane får i ulike bydelar. Men sidan eg i oppgåva vel å ikkje gå inn på tilbodet pasientane får i etterkant av prosessen, meiner eg ei slik avgrensing kan forsvarast.

Mykje av debatten kring reforma har krinsa rundt kommunane si evne til å kunne klare dei nye oppgåvene ein overfører frå spesialisthelsetenestene til kommunane. Det har særleg vore mykje snakk om oppbygging av lokal kompetanse og også ein del usikkerheit knytt til korleis den kommunale medfinansieringa av spesialisthelsetenesta vil slå ut. I Oslo kommune har ein valt å utsette å gi bydelane ansvar for kommunal medfinansiering til ein veit meir om korleis det vil slå ut. På den måten kan ein seie at den største endringa for bydelane er nettopp dei nye ordningane kring dei utskrivingsklare pasientane. I reforma ligg det også inne ei overføring av oppgåver frå spesialisthelsetenestene til kommunehelsetenestene. Kommunane har med reforma fått eit «sørge for»-ansvar for at personar som oppheldt seg i kommunen får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I dette ligg det også inne eit ansvar for førebyggjande og helsefremjande arbeid. Det er også sett i gang eit vidt spekter av samhandlingsprosjekt i dei ulike bydelane, i tillegg til at reforma sitt mål om utvikling av lokalmedisinske senter i kommunane innan 2016 vert arbeidd med. Sjølv om dette er faktorar som både direkte og indirekte kan spele inn på avgjerder knytt til

samhandlingsprosessen vel eg i det vidare å i hovudsak fokusere på strukturelle endringar som direkte påverkar prosessen. Eg vil dermed fokusere på organisatoriske grep internt på for eksempel bestillerkontor, men ikkje omhandle endringar gjort i for eksempel heimetenester eller andre tilbod i bydelane.

Den kommunale betalingsplikta for utskrivingsklare pasientar gjeld berre for pasientar innan somatikk, det vil i hovudtrekk seie pasientar med medisinske og kirurgiske behov. Men det føregår også samhandling kring pasientar innan psykiatri og rusproblematikk, noko fleire av informantane trakk fram som eit svært utfordrande område å samhandle på. Eg vel likevel å ikkje handsame psykiatrien og utfordringane der i denne samanhengen, fordi dei psykiatriske pasientane på det noverande tidspunktet ikkje er omfatta av betalingsplikta.

Ei annan viktig avgrensing er at eg har valt å fokusere på kva som har skjedd etter innføringa av reforma og dermed betalingsplikta 1. januar 2012. Eg vil kort gjere greie for situasjonen innan reforma starta opp og gå litt inn på prosessen knytt til utforminga av samhandlingsavtaler og retningslinjer for samhandling kring utskrivingsklare pasientar. Hovudpunktet i analysen vil likevel ligge på den faktiske samhandlinga kring pasienten etter innføringa av den nye forskrifta.

Intervju er føretatt med personar som til dagleg har oppgåver som er knytt til samhandling mellom sjukehus og bestillerkontor / bydel. Informantane er i hovudsak helse- og omsorgspersonell, og dei aller fleste er sjukepleiarar. Ingen legar har vorte intervjuet i denne studien. Legane avgjer når pasientane er utskrivingsklare frå sjukehus, og det er dei som gjer den medisinske vurderinga av pasienten som vert formidla i den fyrste meldinga mellom sjukehus og bestillerkontor. Sjølv om legane på den måten spelar ei vesentleg rolle i behandling og vurderinga av pasienten, er det likevel ikkje dei som i hovudsak samhandlar med kommunar og bydelar. Denne kommunikasjonen føregår i hovudsak mellom sjukepleiarar på post og bestillerkontora sine tilsette. På den måten er det desse personane som er mest interessante i samband med samhandlinga mellom sjukehus og bestillerkontor. Eg meiner derfor ei utelating av legar kan forsvarast i samband med undersøking av denne problemstillinga, sjølv om legane si rolle i den generelle behandlinga av pasientar sjølvstøtt er svært viktig.

Den vidare strukturen til studien er som følgjer: Kapittel 2 vil omhandle det teoretiske rammeverket for oppgåva. Eg vil her gjere greie for instrumentell og institusjonell tilnærming til endringar i organisasjonar og setje fram teoretiske forventningar. I kapittel 3 vil eg presentere metode og gjere vurderingar kring validiteten og reliabiliteten til opplegget. Særleg

vil utval av informantar og problematikk knytt til å forske på ei reform som er tidleg i prosessen verte diskutert. Kapittel 4 representerer bakgrunnen for studien, der eg vil gå gjennom dei to mest sentrale dokumenta i samband med den nye betalingsplikta: *St.meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* og *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (2011). Eg vil også gjere greie for strukturen rundt og aktørar involvert i samhandling mellom Oslo kommune, bydelane i kommunen og lokalsjukehusa. I kapittel 5 vil eg presentere funn frå intervjuja gjennomført med tilsette ved bestillerkontor og lokalsjukehus. Der vil eg trekkje fram kva informantane syns om reforma, kva som fungerer og er utfordringar i samarbeidet mellom einingane og korleis informantane opplever at reforma påverkar pasientane. Analysen i kapittel 6 tar for seg dei tidlegare nemnte problemstillingane og ser desse i lys av instrumentell og institusjonell teori. Eg vil legge vekt på kva strukturelle og kulturelle endringar ein kan sjå i samarbeidet og i pasienthandsaminga i perioden etter innføringa av reforma og kva effektar desse får for samarbeid og pasienthandsaming. Avslutningsvis vil eg i kapittel 7 gjere greie for hovudfunn og diskutere kva implikasjonar ein kan sjå av desse.

## 2 Teoretiske innfallsvinklar

### 2.1 To teoretiske perspektiv på organisasjonsendring

I denne studien ynskjer eg å undersøke dynamikken mellom to ulike typar einingar, lokalsjukehus og bestillerkontor i bydelar i Oslo, og sjå korleis samarbeidet dei i mellom vert påverka av samhandlingsreforma. Eg ynskjer altså å sjå kva endringar som skjer i einingane som følgje av reforma, og korleis desse får konsekvensar for samarbeidet dei i mellom. Det er enkelt å anta at ein ved innføring av ei ny reform får endringar i organisasjonen, men Christensen et al. (2009) peiker på at dette ikkje alltid er tilfellet. Ei reform er eit aktivt og bevisst forsøk frå politiske og administrative aktørar på å endre strukturelle og kulturelle trekk ved organisasjonar, medan ei endring er det som faktisk skjer ved slike trekk (ibid.: 149). Ei reform behøver altså ikkje nødvendigvis å føre til at det skjer endring, og endringar kan også finne stad som del av ei naturleg utvikling uavhengig av reformer.

For å undersøke korleis samarbeidet mellom sjukehus og bydel fungerer er ein nøydd til å sjå det i ein breiare kontekst. Kva er dei strukturelle rammene rundt samarbeidet? Kva type organisasjonar har vi med å gjere? Korleis fungerer desse internt? Og kva er viktige verdiar og målsetningar for dei enkelte einingane? Og korleis verkar alt dette inn på dei oppgåvene einingane skal samhandle om? I følgje Luther Gulick (1937) er ein organisasjon sin funksjon å gjere det mogleg for leiinga å koordinere og aktivisere underliggende einingar slik at organisasjonen sitt formål effektivt kan verte oppnådd. Ei slik forståing er nært ei klassisk instrumentell tolking av organisasjonen der ein ser organisasjonen som eit reint middel for å nå eit bestemt mål. Aktørane er derfor forventa å handle formålsrasjonelt, det vil seie handling i tråd med det som rasjonelt sett vil gi det utkommet ein ynskjer. Men kva om ein heller ser organisasjonen som ein institusjon der uformelle eigenskapar påverkar korleis avgjerdstakarar faktisk tek avgjerder?

Dei ulike innfallsvinklane representerer ulike aspekt ved organisasjonar, og eg vel derfor å nytte meg av to perspektiv på korleis organisasjonar endrar seg for å forklare korleis samhandlingsreforma spelar inn på samhandlinga mellom bestillerkontor og lokalsjukehus. Eit *instrumentelt perspektiv* som fokuserer på formell struktur og kva som spelar inn på faktisk avgjerdsåtfærd, det vil seie på kva måte samhandlingsreforma endrar mellom anna rutinar, informasjonsflyt, hierarkisk kontroll og kommunikasjon mellom studieeinane. Eit

slikt perspektiv vil sjå ei tett kopling mellom reform og endring og anta at ei reform ofte vil føre til endring i organisasjonen som intendert frå organisasjonen si leining (Christensen et al., 2009: 150), for eksempel at dei økonomiske insentiva i samhandlingsreforma vil føre til at ein reduserer talet på liggedøgn for dei utskrivingsklare pasientane. Eg vil vidare ta for meg spørsmåla i eit *kulturelt* perspektiv som ser på korleis normer og verdiar som eksisterer i organisasjonen pregar vidareutviklinga av han, med vekt på kva som opplevast som passande for dei som arbeider i han. Endring vert her sett som ein prosess betinga av eksisterande etablerte kulturelle trekk i organisasjonen (Christensen et al., 2009: 151). I samband med denne studien vil korleis dei som jobbar med samhandling opplever at reforma passar med deira arbeidskvardag vere interessant. På kva måte verkar eksisterande organisasjonskultur med eller mot reforma? Eg vil i begge perspektiva gå ut frå ei forståing av at aktørar handlar innanfor rammer av kognitive og kapasitetsmessige avgrensingar, altså ein avgrensa rasjonalitet (Egeberg, 2003: 116). Avgjerder vert derfor teke ut frå kunnskapar om ein simplifisert modell av verda, noko som gjer det viktig å forstå utvalsmekanismane og rammene for desse kunnskapane (Egeberg, 2003: 116).

## 2.2 Instrumentell teori

Ei instrumentell tilnærming til organisasjonar tek utgangspunkt i korleis byråkratisk struktur, vidare omtala som organisasjonsstruktur, påverkar faktisk avgjerdsåtfærd hjå avgjerdestakarar. Med struktur forstår ein her ein normativ struktur samansett av reglar og roller som spesifiserer meir eller mindre klart, kven som er forventast å gjere kva og korleis (Egeberg, 2003: 116). I tillegg vil demografi, det vil seie ulike karaktertrekk ved dei tilsette i organisasjonen, og locus, dei fysiske rammene organisasjonen handlar i, spele inn på kva som er faktisk avgjerdsåtfærd (Egeberg, 2003).

*Organisasjonsstrukturen* kan forventast å spele inn på det handlingsalternativa då den påverkar informasjonsflyten i organisasjonen (Egeberg, 2003: 117). Under ein føresetnad om avgrensa rasjonalitet vil organisasjonsstrukturen spele ei viktig rolle i å styre kva informasjon og handlingsalternativ som verkar relevante for avgjerdestakarane (ibid.). Organisasjonar kan strukturast gjennom vertikal og horisontal spesialisering. *Vertikal spesialisering* handlar om korleis einingar i ein organisasjon er over- og underordna kvarandre, dette vil seie kven som bestemmer over kven, kven som gjer kva for oppgåver, og kva vegar informasjon og rapportering skal gå (Christensen et al., 2009: 38). Eksemplar på dette er postar, klinikkar og



leining på sjukehus. Den klassiske byråkratiske organisasjonsstrukturen er i følge Max Weber prega av hierarki, arbeidsdeling og rutinar, det vil seie at einingar vert under- og overordna kvarandre. Overordna har rett til å kommandere og instruere nedover i organisasjonen, medan informasjon også går oppover i organisasjonen gjennom rapporteringar og ulike formar for saksframlegg (Christensen et al., 2009: 37).

Eit alternativ, og ofte eit supplement til den hierarkiske strukturen er ein kollegial struktur, der avgjerder vert teke gjennom diskusjon, kompromiss og voteringar (Egeberg, 2012: 159). I samhandlingsreforma vert det lagt opp til at samarbeidet mellom bydel / kommunar og tilhøyrande lokalsjukehus skal regulerast gjennom avtaler som skal forhandlast fram mellom partane (St.meld. 47, 2008-2009: 77). Dette er noko ein kan sjå som eit innslag av kollegial struktur. Den interne vertikale spesialiseringa påverkar faktisk avgjerdsåtfærd: Dess høgare ein er plassert i hierarkiet, dess meir vil politiske signal verte vektlagt, og dess meir kollegial strukturen er, dess vanskeligare vil det vere å utøve politisk kontroll (Egeberg, 1999, 2003).

Den hierarkiske og kollegiale strukturen er reflektert i det instrumentelle perspektivet sine to variantar: den hierarkiske varianten og forhandlingsvarianten. Ut frå ein *hierarkisk variant* av det instrumentelle perspektivet vil organisasjonen verte sett på som einskapleg. Ein vil legge vekt på mål-middel-forståing hjå leinga i organisasjonen og i kva grad desse vert gjennomført lenger ned i hierarkiet (Christensen et al., 2009: 34). Ein ser reformprosessar som ei kontrollert designoppgåve, som vert karakterisert av instrumentell problemløysing (Askim et al., 2009: 1009). Byråkratiet vert sett som eit nøytralt offentleg instrument og reorganisering som ein måte å lage dette instrumentet meir effektivt gjennom enkle organisatoriske grep (March & Olsen, 1983: 283). I ein *forhandlingsvariant* av det instrumentelle perspektivet vil ein sjå organisasjonar som samansette av ulike undereiningar og posisjonar som kan ha delvis motstridane mål og meiningar (Christensen et al., 2009: 34). Endringsprosessar vil derfor sjåast som eit resultat av forhandling og kompromiss mellom deltakande partar, noko som kan føre til at dei løysingane ein kjem fram til får auka legitimitet, jamfør Mosher (1967) gitt att i Christensen & Lægreid (2007a).

Den *horisontale spesialisering* av organisasjonen handlar om korleis oppgåver er distribuert horisontalt mellom organisatoriske einingar, altså etter kva spesialiseringsprinsipp arbeidsoppgåvene dei ulike einingane skal utføre er innordna etter (Egeberg, 2012). Luther Gulick (1937) sette i sitt klassiske essay "*Notes on the Theory of Organization*" opp fire ulike spesialiseringsprinsipp for organisasjonar: territorielt, formål, prosess og klientprinsippet.

Territoriell spesialisering vil seie at ein er inndelt etter geografiske område, som kommune og fylke. Ei formålsspesialisering vil innebere organisering for å løyse ei oppgåve, som å kjempe mot kriminalitet eller utdanne born. Prosessspesialisering betyr at ein er retta inn mot å gjennomføre ein viss prosess, som for eksempel i økonomiske eller juridiske avdelingar og ei klientspesialisering betyr at ein rettar seg inn mot å hjelpe ei viss gruppe med fleire behov, for eksempel barne- og ungdomskontor eller eigne tenester for eldre. Ei inndeling etter type spesialiseringsprinsipp vil føre til ulikt fokus hjå dei ulike organisasjonane, der ein kan forvente at saksområde som er omfatta av dei same organisatoriske einingane lettare vil verte koordinerte enn dei som høyrer til andre einingar.

I denne studien undersøker eg dynamikken mellom sjukehusa, som er prosessorganisasjonar og bestillerkontora, som er klientorienterte organisasjonar. Sjukehusa er spesialisert etter eit prosessprinsipp, det vil seie at faglege omsyn og framgangsmåtar ligg til grunn for organiseringa for å sikre nyttemaksimering av kunnskapar hjå dei tilsette. For eksempel er det vanleg med avdelingar som kirurgi, medisin, radiologi og poliklinisk behandling, samt økonomi-, personal- og tekniske avdelingar. I følge Gulick (1937) kan ei prosessspesialisering føre til at ein ved sjukehusa vil ha problem med å halde seg til overordna målsetingar, då fokus på kvar enkelt avdeling sin prosess vil vere det viktigaste. Behovet for koordinerande einingar som ser desse overordna måla vert derfor viktig for å få desse på agendaen. I denne samanhengen vert rolla til samhandlingskoordinatorane og samhandlingseiningane ved sjukhusa viktige brikker i å implementere reforma i organisasjonen.

Bestillerkontora er organiserte etter klientprinsippet. Det vil seie at ein ser delar av befolkninga i samheng, i dette tilfellet alle med behov for bistand frå kommunale tenester, det vere seg transport, praktisk bistand eller pleie- og omsorgstenester. Slike løysingar er gode for brukarane, og krev at dei tilsette har brei kompetanse. Samtidig peiker Gulick (1937) på at slike einingar kan verte utsett for press frå klientgruppene dei yter tenester til.

Korleis organisasjonen sin *demografi* ser ut vil også kunne spele inn på korleis ein handlar i organisasjonen. Trekk ved medlemmane, som alder, kjønn, etnisitet og ansiennitet i organisasjonen, vil utgjere organisasjonens demografi (Egeberg, 2003: 118). Eg har i denne samanhengen studert organisasjonar der ein hovudsakleg finn helseutdanna personar, og det har vore ei overvekt av personar med sjukepleiarbakgrunn, samt ein del personar med fysioterapibakgrunn. Det er variasjon blant informantane både når det gjeld kjønn, aldersspenn og kor lenge dei har vore tilsett i organisasjonen. Samtidig har alle erfaringar frå

tidlegare, både gjennom utdanning, sosialt liv og andre livsaspekt. Dess lenger dei jobbar i ein organisasjon, dess meir sosialisert inn i dei nye organisatoriske rammene blir dei (Egeberg, 2003: 118). Ein kan dermed tenke seg at personar som har studert det same tenker likare enn dei som ikkje har det, og at einingar beståande av personar med sterk fagtilhøyrigheit vil legge sterkare vekt på faglege omsyn (Zuna, 1999: 340).

Den fysiske dimensjonen ved organisasjonen er også forventa å spele inn på korleis ein handlar i organisasjonen. Det som kan kallast *organisatorisk locus* handlar om kvar organisasjonen fysisk er å finne og korleis desse lokala er utforma (Egeberg, 2003: 118). Dei fysiske forholda påverkar organisasjonen på tre måtar. For det fyrste skil dei det private liv frå arbeidsliv, for det andre vil einingar som er plassert nær kvarandre få ei likare rolleforståing, medan einingar som har forskjellig plassering vil utvikle andre roller og identitetar. I tillegg spelar fysisk avstand mellom einingar inn på kontaktmønsteret og koordinerande åtferd mellom einingane, då fysisk avstand fører til mindre uformell kontakt (Egeberg, 2012: 160).

Eg vel i denne samanhengen å sjå IKT og elektroniske løysingar som del av det organisatoriske locuset. Studiar viser at innføring av IKT i ein organisasjon ikkje vil endre strukturelle forhold i særleg grad (Heintze & Bretschneider, 2000), og tendensen innan forvaltningsforskning har vore at IKT har vorte behandla som eit nøytralt politisk verkty (Margetts, 2012). Likevel er IKT interessant i denne samanhengen på grunn av konsekvensane innføring av IKT har fått på den uformelle kontakten mellom studieeiningane. I denne samanhengen er vi interessert i to einingar som har hatt mykje kontakt gjennom telefon og faks og som har møtst ofte. Etter innføringa av reforma har dei gått over til elektronisk kommunikasjon og har på grunn av tidsrammene ikkje tid til å treffast så ofte. Ut frå eit instrumentelt perspektiv vil dette kunne påverke samhandlingsmønster og kunne føre til at det får konsekvensar for koordinering mellom einingane. Eg vel derfor i denne samanhengen å omhandle IKT som locus, altså som del av den fysiske strukturen som påverkar informasjonsstraumer og kontakt mellom einingane.

## 2.3 Institusjonell teori

Dei strukturelle forholda ved ein organisasjon skapar rammer for korleis informasjon flyter og prosessar fungerer. Men i følge Selznick (1997: 20) vil det formelle, tekniske systemet aldri verte meir enn ein del av det levende føretaket vi har å gjere med i praksis. Ein vesentleg del

av ein organisasjon er uformelle normer og reglar, eller det vi kan kalle ein organisasjonskultur.

Den uformelle organisasjonskulturen er det som i følge Selznick (1997) skil ein institusjon frå ein organisasjon. Han ser ein institusjon som eit naturleg produkt av sosiale behov og påtrykk, som ei eining som er mottakeleg og tilpassingsdyktig. Ei slik forståing av ein institusjon som noko meir enn eit administrativ, teknisk reiskap ser utviklinga av organisasjonen, eller institusjonaliseringa, som ein prosess der den formelle organisasjonen tilpassar seg indre krav og press, men også ytre press frå omgivnaden. Endringar vil derfor skje gradvis og i takt med indre og ytre press. Dette legg grunnlaget for det eg vidare vil omtale i eit *kulturperspektiv*.

Samhandlingsreforma er framleis i ein tidleg fase og det fins lite forskning på korleis reforma påverkar faktisk kommunikasjon og samarbeid mellom dei ulike einingane som er omfatta av reforma. Ein KS-rapport frå desember 2012 viser til at det er ulike oppfatningar kring ei rekkje forhold knytt til effektar av reforma, for eksempel i kva grad pasientane er sjukare enn før når dei er meldt utskrivingsklare og om helseføretaka definerer pasientane som utskrivingsklare tidlegare (KS, 2012). Dette kan botne i at det er ulike oppfatningar mellom dei ulike einingane kring kva reforma forsøker å oppnå og kva samhandling i seg sjølv faktisk inneberer. Det er derfor interessant å sjå prosessen i eit kulturelt perspektiv for å betre kunne forstå korleis eksisterande kultur og samarbeidsformer spelar inn i reformprosessen.

Ut i frå eit kulturelt perspektiv vil endring vere prega av gradvise, inkrementelle tilpassingar der institusjonaliserte, kulturelle reglar vil legge føringar for kva endringar som er moglege (Krasner, 1988). I kva grad reforma vert implementert som intendert, vil avhenge av i kva grad ho får forståing og kan seiast å passe inn i organisasjonen som allereie er der, jamfør ein logikk om det passande (Christensen & Røvik, 2000). Passandelogikken vil seie at medlemmar av organisasjonen vil basere handlingane sine på ein logikk kring i kva grad handlinga passar med organisasjonen sine normer og ikkje kva konsekvensen av handlinga vil vere for medlemmen sjølv (Peters, 2012: 30). Medlemmane kan derfor seiast å ha ein institusjonell identitet som formar vala dei tek. I følge March & Olsen (2004: 4) vil det å handle passande seie å handle i tråd med felles institusjonaliserte praksisar, basert på gjensidig og ofte underforstått forståing av kva som er sant, rimeleg, naturleg, riktig og godt. Kva som er passande vil vere påverka av rolleforståinga til den enkelte aktør, dette kan for eksempel føre til at det er forskjell på kva ein sjukepleiar med administrativt ansvar og ein

sjukepleier med omsorgsansvar vil oppleve som passende i ein gitt situasjon. For finne kva som er passende må kvart enkelt individ balansere ulike identitetar, situasjonar, rolleforventningar, verdiar og reglar, noko som vil verte enklare dess meir erfaring du har frå organisasjonen, då slike forståingar ofte vert institusjonalisert inn i organisasjonen over tid (Christensen & Røvik, 2000; March & Olsen, 2004). Aktørar vil utvikle eit sett av ulike roller for å handsame ulike situasjonar og desse kan kome i konflikt ettersom det kan vere mange mogleg tolkingar av ein situasjon (March & Olsen, 2004: 9).

I tråd med ein passandelogikk vil det i tilfellet samhandlingsreforma vere interessant å sjå korleis personar som til dagleg arbeider med pasientkontakt heldt seg til den nye reforma. Føler dei som til dagleg utfører samhandling at grepa samhandlingsreforma fører med seg inngår i det dei oppfattar som "passande"? Dersom dette ikkje er tilfellet, vil ein kunne forvente at reforma vil kunne møte motstand. I tillegg er det interessant korleis samhandlingsreforma påverkar det som vert oppfatta som passende. Vil det oppstå nye rolleforståingar som er i konflikt med eksisterande rolleforståingar?

Krasner (1988) argumenterer for at dess meir individ er institusjonalisert, dess vanskelegare blir det for institusjonen å endre seg, eit argument som er nært i slektskap med eit stiavhengigheitssyn innan den historiske institusjonalismen. Frå eit slikt syn vil val ein tek når ein institusjon vert forma fortsette å spele ei viktig og i stor grad deterministisk rolle i organisasjonen langt inn i framtida (Krasner, 1988: 67). Det vil seie at den stigen ein peiker ut gjennom tidlege val også vil påverke handlingsrommet og kva handlingsalternativ som er aktuelle i framtida. I helsevesenet i Noreg vil tidlegare reformer og policyval ligge til grunn når ein skal innføre ei ny reform som samhandlingsreforma. Dersom samhandlingsreforma bryt kraftig med det som allereie eksisterer, vil det i følgje eit stiavhengigheitsargument vere svært vanskeleg, om ikkje umogleg, å få gjennom den nye reforma. Helsesektoren er ein sektor som har gjennomgått fleire store reformer, med føretaksreforma frå 2002 som den siste landsomfattande. I Oslo har den pågåande hovudstadsprosessen med samanslåing av dei tre største sjukehusa prega nyhendebiletet, og vist at omstillingsprosessar i helsevesenet kan vere vanskeleg å gjennomføre (Helse Sør-Øst, 2012b). Ut i frå ein stiavhengigheitstankegang vil ein kunne forvente at reformprosessar vil møte motstand, og det er dermed interessant å undersøke i kva grad ein kan finne motstand mot reforma blant personar som får arbeidet sitt påverka av denne og kva element som i så fall er gjenstand for slik motstand.

		Resultat av endring	
		<i>Stiavhengig / inkrementell endring</i>	<i>Radikal endring</i>
<b>Type endringsprosess</b>	<i>Gradvis</i>	A. Klassisk inkrementelt synspunkt	B. Gradvis, men fundamental endring
	<i>Plutseleg</i>	C. «Radikal konservatisme» - rask tilbakevending til stigen.	D. Plutseleg, radikal endring

**Tabell 2.1** Typar av institusjonell endring. Kjelde: Pollitt (2008).

Sjølv om ein klassisk variant av det kulturelle perspektivet legg opp til endring berre kan skje gradvis og i takt med eksisterande kultur i ein organisasjon, altså eit stiavhengigheitsargument, fins det også andre måtar å sjå korleis institusjonar endrar seg på. Tabell 2.1 viser ulike måtar å forklare institusjonell endring på, der den klassiske varianten er alternativ A i tabellen. A og C vert også kalla endring som følgje av «punkterte ekvilibrium», det vil seie at stien vert broten og ein set ut på ein ny stig, i tilfellet A ein stig som ligg nært det eksisterande, og i C ei radikal endring (Pollitt, 2008). Alternativ C og D representerer endringar som følgje av eksterne eller interne sjokk i organisasjonen, der D fører til varig endring og C ikkje fører til store endringar og ein raskt går tilbake til den stigen ein var på. B er ei gradvis, men varig endring i organisasjonen gjennom anten forflytting til nye idear (*displacement*), tilføring av nye idear på toppen av det eksisterande (*layering*), *laissez-faires*-politikk (*drift*), bruk av nye institusjonar på gamle idear og gamle institusjonar på nye idear (*conversion*) og uttømming av institusjonen som fører til at han bryt saman (*exhaustion*) (Streeck & Thelen, 2005).

I samband med samhandlingsreforma kan ein sjå at ein frå politisk hald ynskjer faktiske endringar i korleis ein tenker og handlar i helsevesenet. Ut i frå problemstillinga i denne studien vert det særleg interessant å sjå i kva grad og eventuelt kva for endringar ein kan finne i samarbeidet mellom bydelar og sjukehus. Er endringane små og i tråd med eksisterande kultur? Eller er dei i stor kontrast med kulturen som var der før? Kan ein forvente at endringane er varige, eller opplever informantane at dei i liten grad er reelle?

## 2.4 Teoretiske forventningar

### Instrumentelle forventningar

Ut frå eit instrumentelt perspektiv vil eg i denne samanhengen vere interessert i kva strukturar som eksisterer og kva som er endra som følgje av reforma. Eit instrumentelt perspektiv tek utgangspunkt i organisasjonar som instrument for å gjennomføre mål og intensjonar frå i dette tilfellet politisk leiing. Ein antek derfor at verkemidla som er brukt vil bidra til at desse måla vert oppnådd og at verkemidla vert brukt fordi det er mest formålsrasjonelt. Ut frå eit instrumentelt perspektiv har eg følgjande teoretiske forventningar:

**«Inkludering av bydelar og sjukehus gir legitimitet til dei framforhandla samarbeidsavtalene.»**

Ut frå ein forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet kan ein sjå forhandlinga kring samarbeidsavtalene og løysingar som uttrykk for å skape likeverd mellom partane. Inkludering av alle aktørane i prosessen gir legitimitet til dei løysingane som ein har komme fram til gjennom kompromiss. Ein kan dermed forvente at dette kan bidra til å gjere samhandlinga lettare også nedover i organisasjonen.

**«God samhandling føreset at begge einingar tenker heilskapeleg.»**

I følgje Gulick (1937) er prosessorganisasjonar som sjukehus meir orientert mot dei prosessane dei skal utføre og klientorienterte organisasjonar som bestillerkontor meir orientert mot eit breiare spekter av tenester retta mot dei klientane dei skal hjelpe. Ein kan dermed forvente at ein i ein klientorientert organisasjon er meir vant med å tenke breitt enn i ein prosessorientert organisasjon. Oversett til vår kontekst kan ein dermed tenke seg at ein ved bestillerkontora har lettare for å tenke heilskapleg enn ved sjukehusa, der ein legg meir vekt på den medisinske tilstanden pasienten er i. Gulick legg vekt på behovet for koordinering for å kompensere for denne prosessorienteringa og å skape heilskapstenking. God samhandling krev dermed at begge einingar er i stand til å tenke heilskapleg, og rolla til samhandlingseiningane ved sjukehusa vert dermed ei viktig brikke i å få til dette.

### Kulturelle forventningar

I motsetnad til det instrumentelle perspektivet, vil ein ut frå det kulturelle perspektivet vere oppteke av korleis kulturen mellom einingane harmonerer med den nye reforma. Ein er

interessert i kva grad reforma opplevast som i takt med eller strid i mot det informantane er vande med. Einingane eg studerer har samarbeidd i om lag femten år om å koordinere utskriving av utskrivingsklare pasientar. Ein kan derfor på overordna plan forvente at ideen om samhandling ikkje opplevast som framand blant informantane. Derimot kan ein frå eit kulturelt perspektiv forvente at endring av vanar og rutinar ein har utarbeida gjennom femten år kan føre til motstand mot desse endringane. Dette kan også føre til at endringane vert mindre omfattande som følge av motstanden, altså at dei strukturelle endringane vert modifisert av kulturell motstand.

**«Strammare tidsrammer og betalingsplikt vil kunne kome i konflikt med dei rådande normene og verdiane i samhandlinga mellom einingane.»**

Dersom dei som til dagleg arbeider med samhandling ikkje opplever at samhandlingsreforma passar inn i deira kvardag, vil det kunne verte vanskeleg å gjennomføre intensjonane i reforma. Ut i frå ein stiavhengigheitstankegang vil ein kunne forvente at reformprosessar vil møte motstand. Det er dermed interessant å undersøke i kva grad ein kan finne motstand mot reforma blant personar som får arbeidet sitt påverka av denne. Kva element som vert gjenstand for slik motstand vert då interessant. Dette gjeld særleg betalingsplikta og dei nye tidsrammene, som endrar vilkåra for korleis samhandlinga skal skje. Ut i frå ein stiavhengigheitstankegang vil ein kunne forvente at slike endringar vil møte motstand.

**«Reforma vil legge nye føringar på kva som vert oppfatta som passande, noko som kan komme i konflikt med rådande rolleforståing og identitetar.»**

Med tanke på at samhandlinga mellom studieeingane har føregått i bortimot 15 år kan ein tenke seg at det har opparbeida seg ein felles forståing av kva som er passande åtferd. På denne tida kan ein dermed forvente at ein ved dei ulike einingane har utvikla sine egne rolleforståingar i med samhandling med den andre parten. Reforma fører til at ein innfører nye rutinar og reglar, noko som fører til at tilsette må arbeide under endra rammevilkår. Ein endrar dermed premissa for kva som er passande åtferd i ulike situasjonar. Ein kan då forvente at reforma vil påverke kva som er passande åtferd i samband med samhandling blant informantane. Det er likevel grunn til å forvente at dette kan komme i konflikt med eksisterande rolleforståingar og identitetar.



## 3 Metode<sup>2</sup>

### 3.1 Om metodeval

Med denne studien ynskjer eg å seie noko om korleis eit av verkemidla i samhandlingsreforma har fungert i nokre bydelar i Oslo det fyrste året reforma har vore i verksemd. Med utgangspunkt i at reforma berre har vore i verksemd i litt over eit år då studien skulle gjennomførast ynskte eg å nytte meg av eit kvalitativt forskingsopplegg.

Eg har valt å gjennomføre ein case-studie med avgrensa mengde case. Ein case-studie vert av Gerring (2007) definert som eit intensivt studie av eit enkelt case der formålet med studien delvis er å generalisere til ein større klasse einingar. I denne samanhengen har eg som utgangspunkt at eg ynskjer å seie noko om korleis reforma har fungert i nokre av sektorane i byen. Studien gjer ikkje ei systematisk samanlikning av dei einingane eg har undersøkt, men tek heller sikte på å skaffe til vege informasjon om korleis reforma har fungert i ulike einingar sidan ho starta opp. Inkludering av fleire einingar er gjort med tanke på nettopp moglegheita for å sjå om utfordringar og det som fungerer er samanfallande og dermed gyldige for fleire einingar, altså i kva grad funna kan generaliserast. Studien kan på den måten seiast å ha ein eksplorerande karakter og siktar mot å identifisere kva som har fungert bra og mindre bra i dei einingane eg undersøker. Samtidig har studien også problemstillingar som siktar inn mot å gjere kausalslutningar knytt til korleis samhandlinga mellom bydelar og sjukehus vert påverka av reforma. Einingane har samarbeidd om utskrivingsklare pasientar i femten år, og det vert derfor interessant å sjå korleis eksisterande kulturar og strukturar legg føringar for implementering av reforma.

Å forske på ein prosess som er i startfasen betyr at det ikkje vil finnast mykje forskning tilgjengeleg om den aktuelle prosessen på det tidspunktet undersøkingane skal gå føre seg. Sjølv om samhandlingsreforma er i startfasen, og det dermed ikkje vil finnast mykje informasjon om effektane av denne, har samarbeidet mellom bestillerkontor og sjukehusa eksistert sidan 1998-1999 i dei bydelane eg undersøker. Masterprosjektet tek sikte på å seie noko om korleis samarbeidet mellom bydel og sjukehus fungerer etter at det økonomiske insentivet knytt til dei utskrivingsklare pasientane vart sett i verk, altså å trekkje kausalslutningar kring reforma si påverknad på samarbeidet og samtidig beskrive korleis og

---

<sup>2</sup> Kapittelet baserer seg i nokon grad på forfatternen si innleverte oppgåve på masternivå i STV4020 Forskningsmetode og statistikk hausten 2012 (Svardal, 2012b).

kvifor dette skjer. Lund (2002: 80) definerer eit kausalt forhold som eit asymmetrisk forhold der ei årsak produserer endring i ein eller fleire andre faktorar. Ein må med rimeleg sikkerheit kunne slutte at det er den gitte årsaka som fører til endringar i faktoren, altså det Cook & Campbell vil kalle indre validitet (Lund, 2002: 106). Tidsaspektet er viktig i denne samanhengen. Reforma har berre vore verksam i eit snautt år, og det er dermed vanskeleg å kunne vere heilt sikker på at reforma fører til endringar i samarbeidet. Effektane eg finn vil med stort sannsyn bere preg av å vere effektar av omstillingprosessen og på den måten ikkje kunne gi eit fullstendig bilete av korleis effektane vil bli når reforma har vore i verksemd ei stund (Christensen et al., 2009: 182). Men ein slik studie vil likevel kunne gi ein peikepinn på kva som vil vere dei viktigaste utfordringane i samband med samarbeidet om dei utskrivingsklare pasientane og seie noko om kva ein bør ta omsyn til i vidare arbeid med reforma for å få til dei tilsikta effektane.

Tidleg statistikk viser at ein ser store endringar i aktiviteten ved sjukehusa med ein gong dei økonomiske insentiva starta, og Helse Sør-Øst (2012a: 44) går etter grundige analyser langt i å tilskrive denne endringa til samhandlingsreforma. Det er likevel grunn til å vere særst varsam med å trekke kausalslutningar kring forholdet mellom samhandlingsreforma og effektar på samarbeidet, og ein må vere særst lydhør for andre forhold som kan ha påverknad på samarbeidet mellom bydel og sjukehus. For å best mogleg kunne fange opp slike alternative forklaringar har eg valt ein kvalitativ framgangsmåte. I følgje Bryman (2004: 287) eignar den kvalitative metoden seg best når ein ynskjer å avdekkje korleis prosessar skrid fram. Eg meiner ein slik framgangsmåte dermed er godt eigna til å studere i kva grad og korleis samhandlingsreforma påverkar samarbeid og pasienthandsaming mellom einingane.

## **3.2 Datainnsamling**

Studien sitt hovudmateriale består av informasjon frå semistrukturerte intervju. I denne intervjuforma nyttar forskaren ein intervjuguide med ei blanding av lukka og opne spørsmål utan fast struktur. Målet er å skape ein så naturleg samtale som mogleg (Bryman, 2004: 324). Intervjuguiden set i tillegg forskaren i stand til å frambringe meir reliable data enn ein ville fått ved eit ustrukturert intervju, som inneber at intervjuet vert gitt ei svært fri form gjennom å ha samtaletema i staden for spørsmål, fordi den bidrar til å sikre at alle relevante tema vert handsama. Reliabilitet vert av King et al. (1994: 25) definert som i kva grad ein ville fått dei same resultata om ein hadde gjort undersøkinga på nytt.

Strukturen til det semistrukturerte intervjuet gjer at ein i større grad kan samanlikne svara mellom dei ulike respondentane (Bryman, 2004: 324). Det semistrukturerte intervjuet er eigna dersom ein har spørsmål ein ynskjer klare svar på, samtidig som ein vil at respondentane skal bidra med anna informasjon forskaren kan vere interessert i (Bryman, 2004: 321). Intervjuet kan utvikle seg slik at nye relevante tema som dukkar opp i samtala kan handsamast der og då, samtidig som intervjuguiden sikrar at informantane får stilt spørsmål med tilsvarende ordlyd (Bryman, 2004: 324). Andersen (2006: 280) kallar det semistrukturerte intervjuet for "aktiv informantintervju" og meiner det eignar seg godt til intervju av nøkkelinformantar, det vil seie informantar ein reknar med har særleg god oversikt over og innsikt i spørsmål forskaren ynskjer å få belyst.

### **3.2.1 Val av einingar og informantar**

Ei utfordring i dette opplegget er ytre validitet, eller potensiale for generalisering. Ytre validitet er knytt til kva grad vi kan generalisere til ei større gruppe einingar. Ein må derfor vurdere i kva grad resultata ein kjem fram til er gyldige for eit større område enn akkurat dei einingane ein har observert, og i så fall kva for individ, situasjonar eller tider resultata det kan tenkast å kunne generaliserast til (Lund, 2002: 121). Med tanke på den spesielle statusen bydelane i Oslo har, der bydelane sjølv ikkje styrer over faktorar som talet på sjukeheims plassar og eigne inntekter, vil studien ikkje generere funn som vil kunne generaliserast til korleis reforma fungerer på generell basis. Det er derfor meir naturleg å sikte seg inn på ei avgrensa generalisering til Oslo kommune, det vil seie å trekkje slutningar som er gyldige for veldefinerte typar eller subtypar av case som har høg grad av forklaringsrikdom (George & Bennett, 2005: 31).

Det er fire lokalsjukehus og 15 bydelar i Oslo. Spørsmåla eg er interessert i å finne meir ut av allereie har vore gjenstand for undersøkingar tidlegare i Diakonhjemmet og Lovisenberg sektor gjennom «Prosjekt Pasientflyt» frå 2009 (Egger, 2009). Eg ynskjer derfor å halde meg til desse sjukehusa og dei tilhøyrande bydelane Gamle Oslo, Grünerløkka, St. Hanshaugen, Vestre Aker, Ullern og Frogner. Dette gjer at ein utelukkar dei to største sjukehusa i Oslo kommune, Oslo universitetssjukehus (OUS) og Akershus universitetssjukehus (Ahus), noko som kan vere eit problem om ein ynskjer å generalisere til Oslo som heilskap. Begge desse sjukehusa har opplevd mykje turbulens, både når det gjeld samanslåing (OUS) og lokalsjukehusansvar for 160.000 nye potensielle pasientar (Ahus) og det er dermed grunn til å tru at ein vanskeleg kan generalisere funn gjort ved dei to andre

sjukehusa til OUS og Ahus. Studien kan dermed seiast å ta sikte på seie noko om samhandling i Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor.

Bydelane knytt til dei to sektorane har ein del ulike eigenskapar som kan ha betyding for samhandling. Bydelane knytt til Diakonhjemmet har byens beste levekår og også betydeleg fleire eldre pasientar, medan bydelane knytt til Lovisenberg er blant dei med vanskelegaste levekår for befolkninga, og dei eldre her er meir sjuke enn dei i Diakonhjemmet sektor (Egger, 2009: 4). Egger (2009: 8) viser også til at bydelane tilhøyrande Lovisenberg mottok 50 % meir til pleie og omsorg per innbyggjar over 67 år i forhold til Diakonhjemmet sektor. Vi har altså eit utval som varierer over alderssamansetning, levekår og økonomi, noko som skulle tilseie at utvalet gir eit relativt representativt utval av bydelar i Oslo. På grunn av omfanget til studien har eg sett meg nøydd til å velje meg ut to bydelar. Dette for å styrke reliabiliteten til opplegget gjennom at det vert mogleg å gjennomføre fleire intervju ved kvar eining. For å sikre at einingane eg undersøker har mest mogleg erfaring med dei aktuelle spørsmåla eg studerer, valde eg å gjere eit utval basert på dei einingane som hadde flest samhandlingssaker knytt til utskrivingsklare pasientar i dei respektive sektorane i dei to fyrste tertiala i 2012 i følgje statistikk frå Helsedirektoratet. For Diakonhjemmet sektor var dette bydel Vestre Aker, for Lovisenberg sektor var dette bydel St. Hanshaugen.

Samhandlingsreforma hadde berre vore i gang i litt over eit år då eg gjennomførte intervju med informantane mine i perioden januar – februar 2013. Utval av informantar vart gjort basert på sjølvseleksjon. Det var viktig for meg å kome i kontakt med personar som arbeidde med samhandling til dagleg og som også hadde gjort dette føre reforma starta opp. Det var ikkje mogleg å gjere eit tilfeldig utval av informantar ved verken bestillerkontora eller lokalsjukehusa, fordi det ikkje var mogleg å skaffe seg ei oversikt over kven av dei tilsette som hadde dei kvalifikasjonane eg var ute etter, med unntak av personar i spesialstillingar. Som Hellevik (1997: 90) påpeiker vil det ved sjølvseleksjon vere stort sannsyn for at informantane skil seg ut frå dei andre. Det vil dermed vere vanskeleg å sikre seg at ein får eit breitt utval av synspunkt for kvar bydel, noko eg har forsøkt å motverke gjennom å intervju fleire informantar frå kvar eining.

Eg kontakta dei aktuelle einingane per e-post tidleg januar 2013, med førespurnad om deltaking i studien. Intern sjølvseleksjon vart utført ved dei ulike einingane, under kriteriet at eg ynskte å kome i kontakt med personar som hadde arbeidd med samhandling om utskrivingsklare pasientar også før reforma starta opp. Informantane i studien består av personar som til dagleg arbeider med samhandling om utskrivingsklare pasientar ved

lokalsjukehus og ved bestillerkontora i bydelane. Informantane er både personar med oppgåver retta mot enkeltsaker og dagleg samhandling, men eg har også intervjuar personar med meir overordna kunnskapar og synspunkt på samhandlingsaktiviteten mellom lokalsjukehus og bestillerkontor. Dei fleste av informantane var helse- og omsorgspersonell og ei stor overvekt hadde sjukepleiarutdanning. Som nemnt tidlegare har eg ikkje valt å ta med legar i denne undersøkinga. Sjølv om denne yrkesgruppa spelar ei stor rolle i behandling og det er dei som avgjer når pasientane er utskrivingsklare, er dei ikkje dei mest sentrale aktørane i den samhandlinga eg er interessert i: Kontakta mellom sjukehus og bestillerkontor regulert av Forskrift om kommunal medfinansiering (2011). I ein studie som i større grad fokuserer på pasientane ville det vore naturleg å inkludere legane.

Tre intervju vart gjennomført i kvar av bydelane St. Hanshaugen og Vestre Aker, fire ved Lovisenberg sjukehus og to ved Diakonhjemmet sjukehus. På grunn av det avgrensa talet på informantar ved kvar eining har eg av anonymitetsomsyn valt å ikkje identifisere personane i denne oppgåva. Eg har av same grunn valt å ikkje identifisere einingane i analysen, fordi det vil kunne gjere det lett å spore kven informantane er. Intervjua hadde varigheit på mellom 35 og 70 minutt og eg nytta bandopptakar i samband med undersøkinga, noko alle informantane godtok. Alle informantane fekk tilbod om gjennomlesing av intervju i etterkant, samt sitatsjekk.

### **3.2.2 Andre metodar: Dokumentstudium og observasjon**

I tillegg til å gjennomføre intervju i einingane har eg basert studien av ei rekkje dokument samt observasjon av korleis prosessen kring utskrivingsklare pasientar har føregått ved det eine bestillerkontoret. I samband med dokumentstudia har gjennomgang av St. Meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma stått sentralt. Kjennskap til kjernedokumentet bak reforma er viktig, og eg brukte mykje tid på forstå innhald og kjerneomgrep i reforma. Dette var viktig både for å få kjennskap til tankane bak, men også for i intervjuar betre kunne undersøke i kva grad informantane hadde kjennskap til og ei forståing av kjerneomgrepa i reforma som samsvarte med innhaldet i reformdokumentet.

På same måte var ei inngåande kjennskap til Forskrift om kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter (2011) nødvendig bakgrunn for å forstå nye rutinar og ikkje minst innhald i samarbeidsavtalene som ein har eller er på veg til å framforhandle i dei ulike sektorane. Ulike strategidokument for helse- og omsorgstenestene i Oslo, samt dei ulike

samhandlingsrutinane ved dei ulike einingane har også vore sentrale dokument i å belyse problemstillingane eg undersøker.

I tillegg til metodane nemnde ovanfor deltok eg ved eit høve på morgonmøtet til det eine bestillerkontoret. Dette ga meg innsikt i korleis ein arbeidde i denne eininga med utskrivingsklare pasientar. Observasjonen var nyttig som bakgrunn for vidare intervju, men eg vil ikkje nytte informasjon knytt til observasjonar på dette møtet i den vidare diskusjonen.

### 3.3 Validitet og reliabilitet

Studien sin validitet er avhengig av i kva grad ein kan sikre seg at ein måler det ein trur ein måler (Bryman, 2004: 273). I den vidare diskusjonen vil eg ta utgangspunkt i Cook & Campbell sitt rammeverk for kausale studiar for å vurdere i kva grad studien har god validitet. Dei opererer med fire kvalitetskrav til validitet: statistisk validitet, indre validitet, omgrepsvaliditet og ytre validitet (Lund, 2002), der eg vil sjå bort frå den statistiske validiteten.

*Indre validitet* gjeld i kva grad vi kan sikre oss at den effekten vi observerer er ein effekt av uavhengig variable på den avhengige variabelen (Lund, 2002: 106). I denne samanhengen betyr det i kva grad ein kan sikre seg at det er samhandlingsreforma som er skuld i dei strukturelle og kulturelle endringane eg observerer. Bryman (2004: 281) peiker på at ei av styrkene til kvalitative opplegg er å avdekkje hendingsforløp og avgjere kausalforhold. Gjennom bruk av ein semistrukturert intervjudesign med fleire opne spørsmål har eg opna for alternative forklaringar og forståing av årsakssamanhengar. Samtidig har eg gjennomført fleire intervju i kvar eining, noko som også seier noko om i kva grad dei samanhengane eg finn er reelle.

*Omgrepsvaliditeten* omhandlar i kva grad omgrepa eg nytter korrekt beskriv kjerneomgrep eg nyttar, altså i kva grad dei er operasjonaliserte riktig (Lund, 2002: 106). I denne samanhengen har eg brukt mykje tid på å setje meg inn i reforma sitt innhald og forstå dei omgrepa ein nyttar der. Informantane har også vorte bedt om å definere kjerneomgrep i reforma, både for å gi meg eit grunnlag for å forstå konteksten til informanten, men også for å sjå i kva grad definisjonane samsvarte mellom dei ulike informantane. Det viste seg å vere eit stor grad av samanfall mellom omgrepa dei ulike informantane nytta, omgrep som også samsvarte med dei ein finn i dokument frå sentralt hald. Eg vurderer derfor omgrepsvaliditeten til å vere tilfredsstillande.

Den siste forma for validitet er *ytre validitet*, det vil seie i kva grad ein kan generalisere til og over einingar (Lund, 2002: 106). Som eg har nemnt tidlegare er ei realistisk generalisering i denne samanhengen ei generalisering til dei sektorane einingane finn seg i, Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor. Dette gjeld særleg dei slutningane som omhandlar effektsider av reforma. Men det betyr ikkje at studien ikkje har relevans utover dette. Det eksplorerande aspektet ved undersøkinga gjer at funn frå desse sektorane kan ha relevans også utover studien sine rammer. Særleg gjeld dette i samband med innføring av elektroniske meldesystem, der Oslo kommune er tidleg ute med å innføre dette samanlikna med resten av landet.

Studien sin *reliabilitet* er avhengig av i kva grad eg ville fått same resultat om eg hadde gjennomført undersøkingane på nytt (King et al., 1994: 25). I dette forskingsprosjektet er eg både interessert i å styrke / svekkje ei kausalhypotese, men også å gjere deskriptive slutningar kring samarbeidet gjennom ein meir eksplorerande innfallsvinkel. Gjennom bruk av eit semistrukturert opplegg ga dette rom for å stille spørsmål som gjorde samanlikning mellom informantane mogleg, noko som har vore nyttig i å vurdere grad av samsvar mellom informantar frå same eining for å vurdere eventuelle utslag av sjølvseleksjon. I intervjuar fann eg at problemoppfatningar, definisjonar og oppfatningar kring kva som fungerer i stor grad var samanfallande både innan og mellom einingar. Også valet av fleire informantar per eining er med å bidra til at reliabiliteten vert betre. Dette er både for å sikre at flest mogleg stemmer vert høyrte, og at ein dermed kan sjå at resultata samsvarer mellom informantane i kvar eining. Dette tyder på at reliabiliteten kan vurderast til å vere god for dette opplegget.

## 4 Samhandlingsreforma

### 4.1 Bakgrunn for reforma<sup>3</sup>

Arbeidet med samhandlingsreforma må sjåast på bakgrunn av at det gjennom mange tiår har vore utfordringar knytt til samhandling mellom ulike nivå og einingar i helsevesenet (St.meld. 47, 2008-2009: 21). Då arbeidet med reforma starta var det i eit klima prega av ei kjensle av at "noko måtte gjerast" i helsevesenet (Høverstad, 2010: 4). Sakar om misnøye med behandlingstilbod, lange køar, korridorpasientar, nedlegging av lokalsjukehus, kostnadsvekst, diskusjonar om samanslåing av hovudstadssjukehusa og budsjettsprekk ga inntrykk av eit helsevesen som fungerte langt frå optimalt etter sjukehusreforma i 2002 (Aftenposten, 2008), der ansvaret for sjukehusa vart overført frå fylka til fristilte helseføretak (Ot.prop. 66, 2000-2001). Det var også ei forståing av at norsk helsevesen var dyrare enn i andre samanliknbare land (Botten, 2008). Sjølvve ideen om å lage ei reform vart vitalisert først då Bjarne Håkon Hanssen overtok posisjonen som helseminister etter Sylvia Brustad i juni 2008. Allereie dagen han tok over stillinga uttalte han at han var "reformhungrig" (Høverstad, 2010: 38), og prosessen med å skape samhandlingsreforma tok til allereie hausten 2008. Det endelege reformforslaget tok form i *St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* som vart vedteke i Stortinget i april 2010.

I arbeidet med reforma vart det teke utgangspunkt i løysingar presentert av Wisløff-utvalet (Høverstad, 2010: 4). Wisløff-utvalet, som leverte si innstilling "Frå stykkevis til helt" i 2005 vart nedsett med eit mandat om å "vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen" (NOU 2005:3). Utvalet peikte på tre forhold som innebar særskilte utfordringar for helsesektoren: ei aldrande befolkning og ei komande eldrebølge, større forventningar til kva helsesektoren skal yte og ein sektor med stor vekst, der meir og meir ressursar vert brukt på helse. Utvalet viste til ei rekkje forhold som kunne betre samhandlinga mellom dei ulike nivå i helsesektoren, og desse anbefalingane vart lagt til grunn for arbeidet med samhandlingsreforma tre år seinare. Det vart lagt vekt på at pasientar med langvarige og samansette helsebehov ikkje fekk det tilbodet desse gruppene behøvde. Særleg vart det fokusert på eldre, psykiatri og pasientar på rusområdet. Wisløff-utvalet anbefalte ikkje å

---

<sup>3</sup> Framstillinga baserer seg i nokon grad på forfattaren si innleverte semesteroppgåve i STV4428 *Teorier om offentlig politikk: nasjonalt og internasjonalt* våren 2012 (Svardal, 2012a).



gjennomføre noko ny forvaltningsreform, men heller å gjere ei rekkje små justeringar som skulle understøtte ei betre samhandling mellom dei ulike tenesteytarane. ”Det er imidlertid utvalgets konklusjon at det ikke er de store endringer i ansvars- og oppgavefordeling som er løsningen på samhandlingsutfordringene.” (NOU 2005:3: 131). Samhandlingsreforma ber ikkje med seg store organisatoriske endringar, men kan likevel seiast å legge opp til ein del endringar i forholdet mellom spesialist- og kommunehelsetenestene.

## 4.2 Innhald i reforma

### 4.2.1 Problemforståing

Helse- og omsorgsdepartementet ser at vi står ovanfor tre hovudutfordringar i dagens helsevesen: At pasientane sine behov for koordinerte tenester ikkje vert svara godt nok til, at ein har for liten innsats på avgrensing og førebygging av sjukdom og at den demografiske utviklinga vil kunne true den økonomiske bæreevna til samfunnet. Ein ser det slik at det er dei same manglane og svakheiter som gjer seg gjeldande for både dei pasientrelaterte og dei samfunnsøkonomiske utfordringane og ein meiner derfor at det i stod grad vil vere dei same tiltaka som kan svare på alle utfordringane (St.meld. 47, 2008-2009: 21).

Den fyrste utfordringa omhandlar at *helsetenestene er for fragmenterte* og for mykje retta inn mot deltenester og ikkje mot heilskaplege pasientforløp (St.meld. 47, 2008-2009: 21). Produksjon av tenester og ansvar er fordelt på to nivå: Kommunane forvaltar primærhelsetenestene og staten ved helseføretaka forvaltar spesialisthelsetenestene (ibid.). Regelverk, prioriteringsforskrifter og finansieringsmekanismar er retta inn mot dei to nivåa separat og dette fører til at systemet ikkje er retta inn mot pasienten sitt samla behov (St.meld. 47, 2008-2009: 22). Fragmenterte tenester vert eit problem både for den enkelte pasient på grunn av manglande koordinering i tilbod og eit problem for utviklinga av berekrafta til systemet når ein arbeider mot deltenester og ikkje mot heilskaplege forløp (ibid.).

Utfordring nummer to kjem av at *tenestene i for liten grad er retta inn mot avgrensing og førebygging av sjukdom*. Det gjeld innsats retta mot personar med kroniske lidingar, der innsats ofte ikkje vert sett inn før sjukdomen er langt framskriden og har behov for spesialisthelsetenester. Ein ynskjer derfor å setje inn innsats tidlegare i sjukdomsforløpet, då dette både gagnar pasienten og er meir samfunnsøkonomisk lønnsamt (St.meld. 47, 2008-2009: 23).

Den siste utfordringa kjem av at *demografisk og epidemiologisk utvikling gir utfordringar som kan true samfunnet si økonomiske bereevne*. Framskrivingar kring befolkning viser at talet på eldre vil auke betydeleg fram mot 2050, og dette betyr at behovet for helsetenester til denne aldersgruppa vil auke betydeleg. Ein ser også ei auke i livsstilsrelaterte sjukdomar og sjukdomar som i rammar yngre, både diabetes, demens, kreft, kols, fedme og psykiske lidingar. Det vil vere svært viktig å avgrense talet som ikkje fell utanfor arbeidslivet på grunn av helsemessige årsakar. Regjeringa ser derfor at ein set i gong nødvendige tiltak for å hindre at dette blir ein trussel mot samfunnet si berekraft (St.meld. 47, 2008-2009: 24).

#### **4.2.2 Tiltak**

Tiltaka som skal rettast inn mot utfordringane skissert ovanfor spelar alle på samhandling som den overordna løysinga. For det fyrste skal ein legge opp til *ei klarare pasientrolle*, det vil seie at ein skal fokusere på pasientane sine heilskaplege behov for helsetenester og sikre ”gode pasientforløp”. Tenestene hadde fram til reforma vore prega av ein søylestruktur, der både kommune- og spesialisthelsetenestene har fokusert på å produsere gode tenester på sitt område, noko som har gått ut over pasientane sitt behov for koordinerte tenester (St.meld. 47, 2008-2009: 47). Ein legg derfor opp til ei dreining mot å setje pasienten i sentrum, og arbeide for at pasienten skal oppleve at helsetenestene er godt samordna, prega av kontinuitet og med pasientforløp som består av heilskaplege behandlingsskjeder med god kvalitet uavhengig av kven som leverer tenestene (St.meld. 47, 2008-2009: 48). Det vert lagt vekt på at det er i overgangane mellom ulike helsetenesteytarar at det er størst sannsyn for svikt.

Det neste tiltaket er *ei ny framtidig kommunerolle*. Det er strukturelle manglar i behandlingsskjeda og det er for høg terskel mellom sjukehusbehandling og det kommunale tilbodet (St.meld. 47, 2008-2009: 59). For pasientane betyr dette at dei fell mellom to stolar: Dei er utskrivingsklare i følge sjukehuset, men må vente på kommunalt tilbod, eller dei vert lagt inn på sjukehus for enkle medisinske tilstandar fordi kommunane manglar kompetanse. Ein ynskjer derfor å byggje opp eit kvalitativt godt tilbod nær heimen i staden for at pasienten må sendast på sjukehus (ibid.). Ein legg opp til at ein i kommunane både skal bygge opp eksisterande oppgåver, utvikle nye tenestetilbod og flytte over oppgåver frå spesialisthelsetenesta. Helsedirektoratet vurderer at mellom 20-30 % av liggedøgn og polikliniske konsultasjonar på sjukehus potensielt kan overførast til dei kommunale helse- og omsorgstenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011: 164). Dette vil særleg gjelde

pasientar med kroniske sjukdomar med avklara behandlingsforløp i både akutfase, til etterbehandling og observasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011: 164-165). Ein foreslår at desse pasientane i staden for å sendast på sjukehus kan behandlast på lokalmedisinske senter eller forsterka sjukeheimar (St.meld. 47, 2008-2009: 60). Kommunane skal også få eit større ansvar for øyeblikkeleg hjelp-funksjon, der dei får plikt til å ha eit døgntilbod for personar med øyeblikkeleg hjelp-behov, som planlagt trer i kraft 1. januar 2016 (Meld. st. 16, 2010-2011: 31).

Det tredje og mest omdiskuterte tiltaket ein legg fram er *etablering av økonomisk insentiv*. Ein legg til grunn ei forståing av at dei eksisterande finansielle ordningane ikkje oppmodar til, men heller motverker samhandling. Mellom anna har kommunane inntil dette punktet betalt prisen for førebygging, medan gevinsten av dette arbeidet vert realisert i spesialisthelsetenestene gjennom lågare behandlingsutgifter. Ein ynskjer derfor med reforma å etablere insentiv for kommunane og sjukehusa til å drive med dei ”riktige” oppgåvene. For det fyrste innførte ein *kommunal medfinansiering* av spesialisthelsetenestene frå 1. januar 2012. ”Kommunene får et økonomisk medansvar for medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, tilsvarende 20 prosent av gjennomsnittskostnadene i spesialisthelsetjenesten for disse gruppene.” (Meld. st. 16, 2010-2011: 32). Ein legg inn ei øvre grense på 30 000 kroner per enkeltopphald (Meld. st. 16, 2010-2011: 34). For å sikre at kommunane er i stand til å handsame dette, er det ein føresetnad at kommunane faktisk har moglegheit til å påverke omfanget av innleggingar på sjukehus og at kommunane / samarbeidande einingar er store nok til å kunne handsame økonomisk risiko (St.meld. 47, 2008-2009: 32).

Frå 1. januar 2012 overtok også kommunane det finansielle ansvaret for *utskrivingsklare pasientar*. Frå å ha hatt ti dagar (i Oslo sju) på seg til å ta i mot pasientar sjukehusa såg som utskrivingsklare før ein måtte betale dagbøter på 2000 kroner, skal kommunane no betale 4000 kroner per døgn frå den dagen sjukehusa erklærer pasienten utskrivingsklar og til kommunane tek i mot pasienten (Prop. 1 S, 2011-2012: 117). Utrekningar viser at om lag 150 000 liggedøgn på sjukehus i 2008 kan karakteriserast som utskrivingsklare og det har vore eit problem at kommunar utan samarbeidsavtalar med sjukehus ikkje har planlagt mottak av pasient før dei har fått skriftleg beskjed frå sjukehuset om dette (St.meld. 47, 2008-2009: 105-106). Ein anslår at kostnaden for eit døgnopphald ved sjukehus i 2008 ligg på mellom 4400 og 5000 kroner, medan eit opphald ved ein sjukeheim kostar mellom 1100 til om lag 1800 kroner (ibid.). Kommunane får overført dei midla som

svarar til sjukehuskostnadane for dei utskrivingsklare pasientane, og om dei vel å ta i mot pasientane med ein gong dei er meldt utskrivingsklare vil dei spare pengar (St.meld. 47, 2008-2009: 106). Ordninga er derfor meint å skape ein meir riktig insitamentssituasjon for kommunane og ikkje fungere som straff for kommunar som ikkje tek i mot utskrivingsklare pasientar.

Det fjerde tiltaket ein legg opp til i reforma er at *spesialisthelsetenesta skal utviklast slik at den i større grad kan få nytte sin spesialiserte kompetanse*. Reforma inneber ei forskyving av tyngdepunkt frå spesialist- til kommunehelsetenestene, noko som skal gjere dei to nivåa meir likeverdige (St.meld. 47, 2008-2009: 111). Kommunane overtek oppgåver som ”etter sin karakter bør være kommunale” og dette vil igjen frigi spesialisert kapasitet i spesialisthelsetenestene (St.meld. 47, 2008-2009: 33). Dei kan dermed fokusere på å byggje opp sine faglege og organisatoriske konkurransefortrinn (St.meld. 47, 2008-2009: 111).

Det femte og siste tiltaket er å *tilretteleggje for tydelegare prioriteringar*. Det har tidlegare på overordna og politisk nivå vore for lite fokus retta inn mot å gjere vurderingar kring heilskapelege behov frå pasientar og brukarar og ein ynskjer derfor at det skal leggjast til rette for heilskapelege vurderingar av kva for behov som bør ha rett og prioritet i helse- og omsorgstenestene (St.meld. 47, 2008-2009: 34). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering spelar her ei nøkkelrolle i koordinering av den felles forståinga hjå aktørane i helsevesenet. Det same gjer Helsebiblioteket som sørgjer for at alle delar av helsevesenet har tilgang på same informasjon.

I tillegg til tiltaka over ynskjer ein at *elektronisk meldingsutveksling* skal vere den normale måten å kommunisere på (St.meld. 47, 2008-2009: 35). Dette gjeld både mellom helsetenestene og pasientar, men også mellom ulike tenesteytarar og behandlarar. Elektronisk samhandling som verkemiddel er meint å understøtte dei andre samhandlingstiltaka og skal bidra til heilskap og sikre at ein har tilgang til dei opplysningane ein treng for å utøve diagnostikk, behandling og pleie.

## **4.3 Rammene rundt samhandling i Oslo**

### **4.3.1 Samhandling i Oslo før samhandlingsreforma**

Før samhandlingsreforma starta opp 1. januar 2012 var samhandlinga om utskrivingsklare pasientar regulert gjennom Forskrift av 16. desember 1998 nr 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (1998). Forskrifta skisserte når ein pasient kunne erklærast

utskrivingsklar, og det vart innført plikt for kommunar å betale for pasientar som oppheldt seg i sjukehus i medan dei ventar på eit kommunalt tilbod. Betaling kunne krevjast frå ti dagar etter at kommunen var skriftleg varsla om at pasienten var utskrivingsklar og om ikkje kommunane tok ut pasienten innan den tid, måtte dei betale 2000 kroner i døgnet. I Oslo kommune hadde ein inngått avtale om at tidsfristen var sju dagar. Med varselet om utskrivingsklar pasient skulle også vurderingane om kvifor pasienten var utskrivingsklar frå sjukehuset følgje med og dersom kommunane ikkje var einig i sjukehuset si avgjerd hadde dei høve til å klage på avgjerda til fylkeslegen.

Samhandlinga om utskrivingsklare pasientar føregjekk fram til tidleg 2000-tal mellom sjukehus og kommunale helsetenester. Etter fleire prøveprosjekt vart bestiller-utførar-modell innført i heile Oslo frå 2004, og ein oppretta bestillerkontor som hadde i oppgåve å undersøke og tildele tenester til brukarar med behov frå alt frå transport, praktisk bistand, heimesjukepleie og institusjonsplassar (Dønnum, 2003). Bestillerkontora vart dermed eit naturleg mellomledd i kontakten mellom lokalsjukehus og utførar av kommunale tenester, noko som også har ført til at det i hovudsak er bestillerkontoret lokalsjukehuset heldt seg til i bydelen.

Oslo kommune var tidleg ute med å innføre elektronisk meldingsutveksling mellom kommune og sjukehus (Helseetaten, 2012). I den praktiske samhandlinga hadde ein i Oslo eit system med A- og B- meldingar. A-meldingar var melding til bydelen om at ein pasient var innlagt, B-meldingar vart sendt når pasienten var utskrivingsklar. Meldingane var sendt skriftleg ved hjelp av faks og ein hadde mykje kontakt per telefon om detaljer knytt til pasienten. I Diakonhjemmet sektor hadde ein eit prøveprosjekt med elektronisk samhandling, «Infobank», der sjukehuset kunne sende meldingar til bestillerkontora, men utan at bestillerkontora hadde moglegheit til å svare tilbake elektronisk. Per april 2013 er alle bydelar og alle lokalsjukehusa i Oslo-området med unntak av Oslo Universitetssjukehus (OUS) i gang med elektronisk meldingsutveksling, OUS vil starte opp i løpet av hausten 2014 (Helseetaten, 2013).

I perioden før reforma, då kommunen ikkje fekk bøter for utskrivingsklare pasientar før etter sju dagar, var andelen utskrivingsklare pasientar på sjukehusa høg. Dette gjaldt særleg i Diakonhjemmet sektor og bydelane i Oslo vest, der 28 % av dei utskrivingsklare pasientane i 2008 venta lenger enn tre veker på kommunalt tilbod samanlikna med 2 % i sentrumsbydelane som høyrer til Lovisenberg sektor (Egger, 2009: 11). Etter gjennomføring av prosjektet «Prosjekt pasientflyt» som samanlikna dei to sektorane fekk ein ein liten

reduksjon i liggetider i det vestlege bydelane, sjølv om bydelane også etter prosjektet låg høgt i talet på utskrivingsklare pasientar samanlikna med andre bydelar (ibid.).

### **4.3.2 Aktørar i samhandlinga**

Oslo kommune har inngått avtaler om lokalsjukehusfunksjon med fire sjukehus i hovudstadsområdet. Nokre av bydelane har avtaler med fleire sjukehus: Alna, Bjerke, Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand soknar til Oslo Universitetssykehus (OUS), Alna, Stovner og Grorud til Akershus Universitetssykehus (Ahus), Ullern, Vestre Aker og Frogner til Diakonhjemmet sykehus og St. Hanshaugen, Grünerløkka, Gamle Oslo og Sagene til Lovisenberg sykehus. Kvart av sjukehusa vil ha ansvar for å samhandle om pasientar som skal ha tenester frå kommunal sektor uansett kva for kommune eller bydel dei kjem frå, men samhandlinga mellom kvart enkelt sjukehus og dei bydelane dei har lokalsjukehusansvar for, heretter kalla sektorbydelar, vert regulert gjennom samarbeidsavtaler utarbeidd mellom desse einingane spesielt.

Når pasientar som har behov for oppfølging etter sjukehusopphaldet vert skrive ut av sjukehus vert dei tilbydd tenester frå helse- og omsorgstenestene i kommunane. Oslo kommune tilbyr ei heil rekkje helse- og omsorgstenester, alt frå dagsenter og fastlege til heimesjukepleie og institusjonsplassar. I kommunehelsetenesta er det mest omfattande hjelpetilbodet som vert tilbydd til pasientar institusjonsopphald på sjukeheimar for kortare eller lengre periodar. Sjukeheimane i byen er delvis i offentleg og delvis i privat eige og vert administrert gjennom Sykehjemsetaten (SYE) som også har ansvar for å tilpasse tilbodet etter bydelen sin etterspurnad (Sykehjemsetaten, 2012).

Det er dei ulike bydelane som har ansvaret for å fordele pleie- og omsorgstenester til bydelens innbyggjarar, og sidan 2004 har dette vorte organisert for alle bydelar gjennom ein bestiller-utførar-modell der bestiller- / søknadskontor<sup>4</sup> vart oppretta for å koordinere tenestetilbodet til brukarar og pasientar, det vil mellom anna seie tildeling av sjukeheimplassar, heimetenester, rehabiliteringstenester, hjelpemiddel, praktisk bistand, tryggingssalar, transporttenester, dagsenter og tilrettelagt bustad (Moland, 2011). Bestillerkontora fattar vedtaka, og formidlar desse vidare til dei tenestene pasient og brukarar skal ha. Dei er ikkje involvert i utføringa av tenestene, berre i sjølve vedtaksprosessen. Det

---

<sup>4</sup> Heretter vil eg nytte nemninga bestillerkontor, sjølv om ulike bydelar kan ha annan nemning på dette.

vert derfor i hovudsak bestillerkontora som er involvert i samhandlinga kring utskrivingsklare pasientar med sjukehusa.

Vidare vil eg presentere dei einingane eg har undersøkt i samband med denne studien. Sidan eg ikkje legg opp til ei systematisk samanlikning mellom einingane, vert denne presentasjonen kortfatta.

## Bydelane

### *Bydel St. Hanshaugen*

Bydel St. Hanshaugen er ein bydel i indre Oslo som vart oppretta ved bydelsreforma i 2004 beståande i hovudsak av tidlegare bydel St. Hanshaugen-Ullevål. Bydelen har 35 039 innbyggjarar per 1.1.2012, som utgjer 5,71 % av Oslos totale befolkning og har 3,63 % av Oslos totale befolkning over 67 år (Bydel St. Hanshaugen, 2013b).

Helse- og omsorgssaker vert i bydel St. Hanshaugen organisert under Velferds- og helseavdeling som er ein av tre avdelingar i bydelen (Williksen, 2012). Avdelinga er delt inn i seks seksjonar, der bestillerkontoret (som i bydelen heiter Søknadskontoret for velferds- og helsetjenester) er plassert på linje med NAV, heimesjukepleie, praktisk bistand og rapporterer til avdelingssjefen for helse og velferd. Bestillerutførarmodell i pleie- og omsorgstenestene i vart innført i bydelen i 1998 (Dønnum, 2003: 30). Bestillerkontoret er delt inn i fire team: Tverrfaglig akutteam (TVA), Psykisk helse og funksjonshemmede, Pleie, omsorg og

rehabilitering og Boligkontoret. Dei har ansvar for å tildele tenester til alle brukargrupper. Bestillerkontoret er involvert i konkurranseutsetting av tilbod og vurdering av tilbod, i tillegg til oppfølging av private leverandørar (Williksen, 2012). Dei tilsette ved kontoret er og helsepersonell og består av om lag tretti sjukepleiarar, fysioterapeutar og personar med annan helsefagleg bakgrunn.

I samband med samhandlingsreforma valde bydelen å ikkje auke bruken av institusjonsplassar, men heller satse på forsterka heimetenester og bruk av midlertidige

#### **Bestillerkontoret i bydel St. Hanshaugen har følgjande oppgåver:**

- Behandlar søknader og fattar vedtak om helse- og omsorgstenester til vaksne over 18 år innan områda:
  - Heimesjukepleie
  - Praktisk bistand (heimhjelp)
  - Tryggingsalarm
  - Omsorgsløn
  - Støttekontakt
  - Psykisk helsearbeid
  - Dagsenter og TT-tenester.
- Behandlar klager.

Kjelde: Bydel St. Hanshaugen (2013a)

omsorgsbustader. Pengar er flytta frå institusjonar til heimetenester og ein har oppretta 12 nye stillingar ved heimetenestene i 2012 (Bydel St. Hanshaugen, 2013b). Ved bestillerkontoret vart det også oppretta eit tverrfagleg akutteam (TVA) som har som oppgåve å besøke pasientar på sjukehus for å avklare situasjonen, legge til rette for heimkomst, både overflytting til omsorgsbustad og til heim, legg bustaden til rette for heimkomst med for eksempel handling, vasking og sengeskiift, sjekkar at sjukehuset har ordna med medisiner. TVA fungerer som ein buffer mellom sjukehuset og heimetenestene og sørgjer for at alt praktisk er i orden for overgangen mellom einingane. Bydelen innførte elektronisk sakshandsaming (e-link) tidleg hausten 2012.

### ***Bydel Vestre Aker***

Bydel Vestre Aker er ein bydel i Oslo vest oppretta med bydelsreforma i 2004 ved samanslåinga av dei tidlegare bydelane Røa og Vindern. Per 1.1.2012 hadde bydelen 46 034 innbyggjarar, det vil seie 7,5 % av Oslo si samla befolkning. Andelen av befolkninga over 67 år var ved same tidspunkt 9,42 % av Oslos totale eldre befolkning (Bydel Vestre Aker, 2013b).

Bydelen er organisert i ein to-nivåmodell med einingsleiarar som ligg direkte til bydelsdirektør (Williksen, 2012). Bestillerkontoret (Enhet for bestiller) er ei fageining på linje med utførartenestene, mellom anna eining for heimetenester. Bydel Røa var også tidleg ute med å opprette bestillereining (såkalla servicekontor) i samband med konkurranseutsettinga av Hovseterhjemmet i 1999 (Dønnum, 2003). Ordninga med eiga eining med ansvar for enkeltvedtak og kontakt med utførar vart overført til bydel Vestre Aker ved samanslåinga av bydelane i 2004. Sjølv kontoret er delt inn i tre funksjonar med 20 tilsette, totalt 19,5 årsverk

#### **Bestillerkontoret i Vestre Aker gjer vedtak innan følgjande område:**

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| • Avlastning                   | • Dagsenter for eldre                  |
| • Støttekontakt                | • Brukarstyrt personleg assistanse     |
| • Butilbod for funksjonshemma  | • Omsorgsbustadar                      |
| • Tryggingsalarmar             | • Praktisk bistand og opplæring        |
| • TT – køyring                 | • Psykiatritenester                    |
| • Heimesjukepleie              | • Rehabilitering                       |
| • Praktisk bistand             | • Kontantstønad til pleie i eigen heim |
| • Korttidsopphald på sjukeheim | • Omsorgsløn                           |
| • Langtidsopphald på sjukeheim | • Vederlagsberekning                   |
| • Ferde ut ledsagerbevis       |  |

Kjelde: Bydel Vestre Aker (2013a)



og har ansvaret for tildeling av alle tenester som krev enkeltvedtak. Kontoret er delt inn i tre funksjonar der team 1, som jobbar med heimesjukepleie, praktisk bistand og sjukeheim, er det teamet som har ansvar for å følgje opp samhandlinga med sjukehuset om dei utskrivingsklare pasientane. Teamet har ti tilsette, der halvparten arbeider med heimebuande hjelpemottakarar, og andre halvparten arbeider med utskrivingsklare pasientar. Denne ordninga vart innført for om lag fire år sidan grunna at mykje av ressursane vart brukt på å handsame dei utskrivingsklare pasientane på bekostning av ressursar og innsats retta mot oppfølging og tiltak for heimebuande. Innføring av elektronisk meldesystem skjedde 1. april 2012 ved bestillerkontoret (Bydel Vestre Aker, 2013b).

## **Lokalsjukehusa**

### ***Lovisenberg Diakonale Sykehus***

Lovisenberg Diakonale sykehus er Noregs største private sjukehus (Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2012b). Sjukehuset har om lag 1540 tilsette og ligg i bydel St. Hanshaugen med lokalsjukehusansvar og ansvar for øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp) innan indremedisin for bydelane Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen. Dette vil seie at dei har ansvar for om lag 165 000 innbyggjarar eller ein fjerdedel av Oslos befolkning. Sjukehuset har langsiktig driftsavtale med Helse Sør-Øst (Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2012b).

Samhandlingskompetansen ved sjukehuset er fordelt mellom samhandlingskoordinator, som er tilsett ved klinikk for medisin og har eit overordna koordinerande ansvar knytt til både intern samhandling på sjukehuset og ekstern samhandling med bydelar og fagsjukepleiarar ved dei ulike postane. Ein har ved Lovisenberg valt ei løysing der «samhandling skal skje i linja», det vil seie at ein ikkje har ei overordna samhandlingsavdeling, men har kontaktar i klinikkar og på post som har ansvar for å følgje opp samhandlinga.

Det er dei enkelte deltakarane frå kvar klinikk som har ansvar for å følgje opp avtalene i sin klinikk. Samhandlingskoordinatoren har eit ansvar for å følgje opp både i dagleg drift og på overordna nivå, og koordinatoren melder inn og følgjer opp statistikk og har eit overordna blick på kapasitet og om sjukehuset følgjer opp samhandlingsforpliktingane sine. Vedkommande deltek i faste møter med bydelane sine bestillerkontor der også fagsjukepleiarane frå postane deltek. Samhandlingskoordinatoren er i hovudsak ikkje involvert i enkeltsaker, den daglege samhandlinga vert gjennomført av sjukepleiarane på de ulike postane, med fagsjukepleiarar som har eit overordna blick på avdelinga og som er

kontaktpunkt for formidling av informasjon vidare ut til andre tilsette. Koordinatoren vil verte involvert i enkeltsaker der det er usemje eller uklarheiter kring samhandlinga om ein pasient. I møte med samhandlingsreforma har sjukehuset redusert talet på sengepostar på medisinsk avdeling frå fire til tre postar, det vil seie frå 160 til 131 senger i somatikken (Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2012b).

### ***Diakonhjemmet Sykehus***

Diakonhjemmet Sykehus er eit privat og ikkje-kommersielt diakonalt sjukehus som ligg i Vestre Aker bydel. Sjukehuset er lokalsjukehus for om lag 126 000 menneske i bydelane Vestre Aker, Ullern og Frogner innan generell kirurgi, indremedisin og psykiatri (Diakonhjemmet sykehus, 2012). I tillegg har sjukehuset ansvar for behandlingstilbod til personar over 65 år med brotskader i bydelane Gamle Oslo, Grünerløkka, St. Hanshaugen, Nordre Aker og Nordstrand i tillegg til bydelane i eigen sektor.

Diakonhjemmet sjukehus har sidan 1992 hatt ein sektorkoordinator som har jobba som mellomperson mellom sjukehuset og sektorbydelane. Stillinga var finansiert både av sjukehuset og av bydelane, og koordinatoren hadde oppfølgingsansvar, og arbeidde særleg opp mot pleie- og omsorgstenestene og bestillereiningane. Denne stillinga vart lagt ned då samhandlingsreforma starta opp, då ein såg at tilbodet kunne dekkjast på andre måtar. Sjukehuset har sidan 2007 hatt eiga samhandlingsavdeling.

Samhandlingsavdelinga sine hovudoppgåver er å bidra til god og effektiv pasientbehandling gjennom koordinering av pasientflyt, sosionomteneste, fagsjukepleie og praksiskonsulentar (Diakonhjemmet sykehus, 2013a). Samhandlinga føregår internt på tvers av avdelingar, mellom sjukehuset og kommunehelsetenestene og mellom sjukehuset og andre aktørar, som Helse Sør-Øst og andre samarbeidande sjukehus.

Dei tilsette ved samhandlingsavdelinga er samansett av personale med ulik kompetanse: Sosionom som tilbyr praktisk hjelp og moglegheiter i hjelpeapparatet, sjukepleiarfagleg rådgivar som arbeider med å halde ved like og vidareutvikle kvaliteten i sjukepleiartenesta og samhandlingskonsulentar (Diakonhjemmet sykehus, 2013b). Samhandlingskonsulentane har ansvar både for intern samhandling og dialog på sjukehuset, både i forhold til pasientretta arbeid, som vil seie oversikt og oppfølging av ferdigbehandla pasientar i spesialisthelsetenestene som treng bistand frå kommune, hjelpe til og rettleie i saker med samhandlingsutfordringar, ha oversikt over kommunane sine tilbod og vidareformidle dette ut i sjukehusorganisasjonen. Konsulentane skal også delta i aktuelle

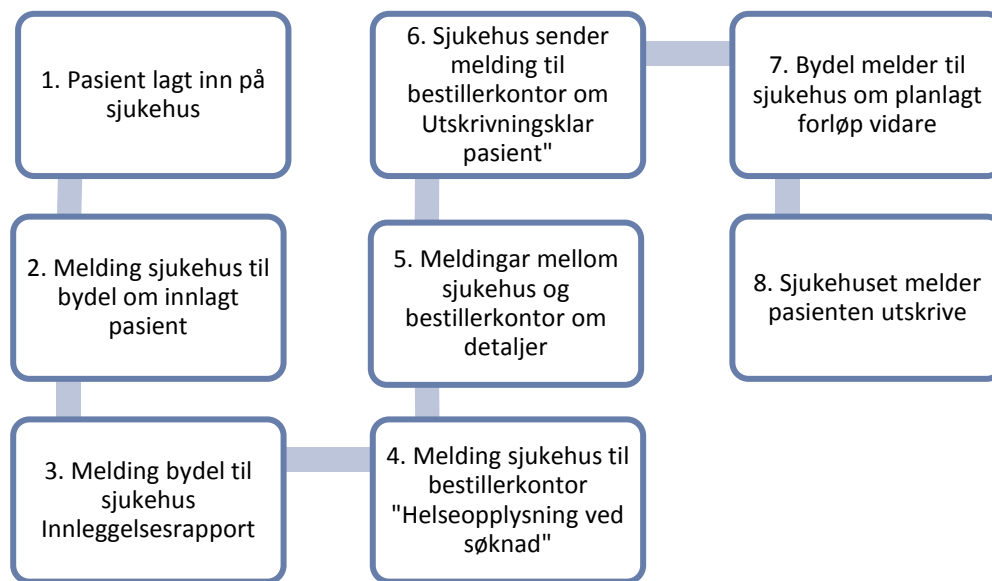
møter i klinikk, samt følge opp indikatorar for verksemdsstyring (for eksempel liggetider og reinnleggingar). Ein annan del av samhandlingskompetansen ved Diakonhjemmet består av Praksiskonsulentordninga (PKO). Praksiskonsulentane er fastlegar som arbeider ved sjukehuset ein viss prosent i månaden og målet er å skape betre samarbeid mellom sjukehus- og fastlegane.

I samband med samhandlingsreforma har ein ved Diakonhjemmet redusert talet på sengeeiningar frå fire til tre (Diakonhjemmet sykehus, 2012), dette til tross for at sjukehuset har vore det sjukehuset med flest utskrivningsklare liggedøgn i Oslo. Det er oppretta ein korttids kirurgisk utgreiingspost (KUP) som skal bidra til å vri aktivitet frå inneliggande til poliklinisk behandling (Diakonhjemmet sykehus, 2012). For å gjere det lettare for saksbehandlarane ved dei ulike bestillerkontora i bydelane har ein gitt bydelane eit eget kontor ved sjukehuset sånn at dei kan få tilgang til sine egne datasystem.

## **4.4 Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter**

### **4.4.1 Innhaldet i forskrifta**

Det underliggende dokumentet som regulerer samarbeidet mellom sjukehus og kommunar i Noreg er *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* med heimel i Helse- og omsorgstjenestelova frå 2011. Forskrifta set rammene for korleis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene og kommunal betaling for utskrivningsklare pasientar skal føregå. Siktemålet med forskrifta er tredelt: Ein vil for det fyrste bidra til betre arbeidsfordeling mellom tenestenivåa, for det andre skape gode pasientforløp og til slutt skape kostnadseffektive løysingar som kan gi pasientane like gode eller betre tenester i kommunane som i spesialisthelsetenestene. Forskrifta legg føringar for korleis informasjonsutveksling mellom kommunar og sjukehus skal føregår kring utskrivningsklare pasientar og innanfor kva tidsrammer samhandlinga skal gå føre seg. Figur 4.3 på side 42 viser korleis dette føregår mellom sjukehus og bydel i Oslo. I Oslo skjer fyrste kontakt når pasientar som har tenester frå tidlegare vert lagt inn på sjukehus mellom dei



**Figur 4.1 Kommunikasjon mellom bydel og sjukehus kring ein pasient.**

utførande pleie- og omsorgstenestene, før bestillerkontora vert kopla inn ved punkt 4 i figuren, og det er her den formelle samhandlinga som skissert i forskrifta startar.

I følge § 7 i forskrifta skal helsepersonell ved sjukehuset gjere ei vurdering av om pasienten har behov for hjelp frå den kommunale helse- og omsorgstenesta så tidleg som mogleg etter at pasienten er lagt inn. Om dei meiner pasienten har behov for hjelp etter sjukehusopphald, skal sjukehuset varsle kommunen om dette så fort vurderinga er gjort og seinast 24 timar etter innlegging (§ 8). Dette varselet skal innehalde pasienten sin status (punkt 4 i figuren), truleg behandlingsforløp og forventa utskrivningstidspunkt, og det vert i merknadane spesifisert at varselet ikkje skal «...bestemme eller gi uttrykk for hvilket tilbud pasienten skal ha i kommunen etter utskrivning» då dette er vurderingar som skal gjerast av kommunen. Ved begge sjukehusa eg undersøker vert denne meldinga i hovudsak forfatta av legar i samråd med sjukepleiarar. Sjukehusa pliktar å varsle kommunen ved endring i forventa utskrivningstidspunkt og ved endra hjelpebehov, dette for å sikre at kommunen kan planlegge eit mest mogleg formålstenleg tilbod til pasienten ved heimkomst samt at ein skal unngå unødvendig ressursbruk ved at kommunen heldt av for eksempel ein institusjonsplass som ikkje vert brukt. Vilkåra for når ein pasient er erklært utskrivningsklar er følgjande:

### **§9 Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar**

*En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en*

*individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen*

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart*
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for*
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten*
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.*

Når pasienten oppfyller kriteria ovanfor skal dei pasientane som treng kommunal oppfølging varslast om til kommunen (§ 10), og kommunane pliktar straks å gi beskjed om dei kan ta i mot pasienten, og i tilfelle det ikkje er med ein gong, når dei er klar til å ta i mot (§ 11). Svarplikta inneberer i følgje merknadene at kommunane skal svare så fort dei kan, og gjeld i utgangspunktet heile døgnet. Likevel har ein spesifisert at dette bør regulerast i avtaler mellom dei enkelte einingane, og at sjukehusa bør jobbe for at varsling om utskrivingsklar pasient skjer på dagtid.

Når kommunen er klar overfører sjukehuset pasienten til kommunen (§ 12). Kommunane pliktar i følgje § 13 å betale for utskrivningsklare pasientar som er innlagt på sjukehus i påvente av eit kommunalt tilbod:

### ***§ 13 Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud***

*Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse - og omsorgstjenestetilbud.*

*Betalingsplikten inntreier fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i §§ 8 til 10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreier også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient.*

*Sykehuset skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister når vilkårene i andre ledd er oppfylt.*

*Døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i sykehus fastsettes i statsbudsjettet.*

Kommunane har etter § 14 krav på å få ei utgreiing av dei vurderingane sjukehuset har gjort etter § 9. Denne utgreiinga skal innehalde tilstrekkeleg og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingane. Det er dei regionale helseføretaka som i følge § 15 skal sørge for at det vert sendt rekning til kommunen for utskrivingsklare pasientar som vert liggande på sjukehus, ein har dermed valt ei desentralisert løysing på oppgjeret for å ta omsyn til personvernmessige omsyn.

#### **4.4.2 Særavtaler i Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor**

I merknadane til forskrifta legg ein vekt på at forskrifta skal tilpassast lokale forhold gjennom avtaler mellom helseføretaka og kommunane. Både Lovisenberg og Diakonhjemmet har laga avtalar med sine sektorbydelar kring rammene for utskrivingsklare pasientar, Diakonhjemmet si avtale vart inngått november 2012, medan avtala i Lovisenberg sektor er forventa underskrive i løpet av våren 2013. Oslo kommune har inngått ei generell avtale med alle dei fire lokalsjukehusa i byen, og har inngått totalt ni tenesteavtaler med bydelane om samarbeid i tilknytning til koordinerte tenester, innlegging og utskrivingsklare pasientar, kommunalt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp, samarbeid om kunnskapsoverføring / informasjonsutveksling, forskning og utdanning, jordmortenester, IKT-løysingar, førebygging og beredskap (Samarbeidsavtale. Del 1 - generell del, 2012).

Vidare vel eg her å avgrense meg til den som omhandlar utskrivingsklare pasientar, den såkalla tenesteavtale 2 då dette er den avtala som konkret omhandlar rutinar og regulerer ansvarsfordeling kring samhandlinga om utskrivingsklare pasientar. Tenesteavtale 2 har som formål «å etablere gode samhandlingsrutiner, og bidra til at pasientene mottar helhetlige tjenester.» (Tjenesteavtale 2, 2012). Ein skisserer ansvarsfordelinga mellom partane: «Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak / behandling / teneste.» (Tjenesteavtale 2, 2012). Desse retningslinjene skal utarbeidast mellom det enkelte helseføretak / sjukehus og bydel / kommunal etat, og det er også mogleg at det utarbeidast supplerande retningslinjer lokalt.

I begge sektorane eg undersøker har ein valt å avgrense tidspunkt for utskriving av pasientar. Sjølv om ein i sektorane har inngått spesielle avtaler, er løysingane dei har valt i samband med avgrensing av tidspunkt dei same.

I Lovisenberg sektor har ein p.t. ikkje underskrive den overordna samarbeidsavtala om heilskaplege pasientforløp som forskrifta føreset, den er forventa underskrive i løpet av våren

2013. Denne avtale vil likevel basere seg på dei retningslinjene ein utarbeidde i starten av 2012 for å regulere samhandlinga om dei utskrivingsklare pasientane. Retningslinjene i Lovisenberg sektor som er utarbeidd mellom ei arbeidsgruppe ved bestillerkontora i sektoren og samhandlingskoordinator skildrar korleis meldingsgangen skal gå mellom einingane, samt set fristar for når meldingar skal verte sendt og besvart (Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2012a).

«Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp, Diakonhjemmet sektor. Somatisk helse» vart underskrive 12.11.2012 og er inngått mellom bydelane Frogner, Ullern, Vestre Aker og *Diakonhjemmet* sykehus, Avtale regulerer ansvarsfordelinga mellom bydel og sjukehus i samband med tilvisingar, innleggingar, utskrivingar, poliklinisk behandling og dagbehandling for somatiske pasientar busett i eller som oppheldt seg i Oslo. Samanlikna med Forskrift om kommunal medfinansiering (2011) har ein i Diakonhjemmet sektor valt å avgrense tidspunkt for utskriving.

Hovudtrekka i avtalene i både Diakonhjemmet og Lovisenberg sektor i samband med dei utskrivingsklare pasientane er som følgjer:

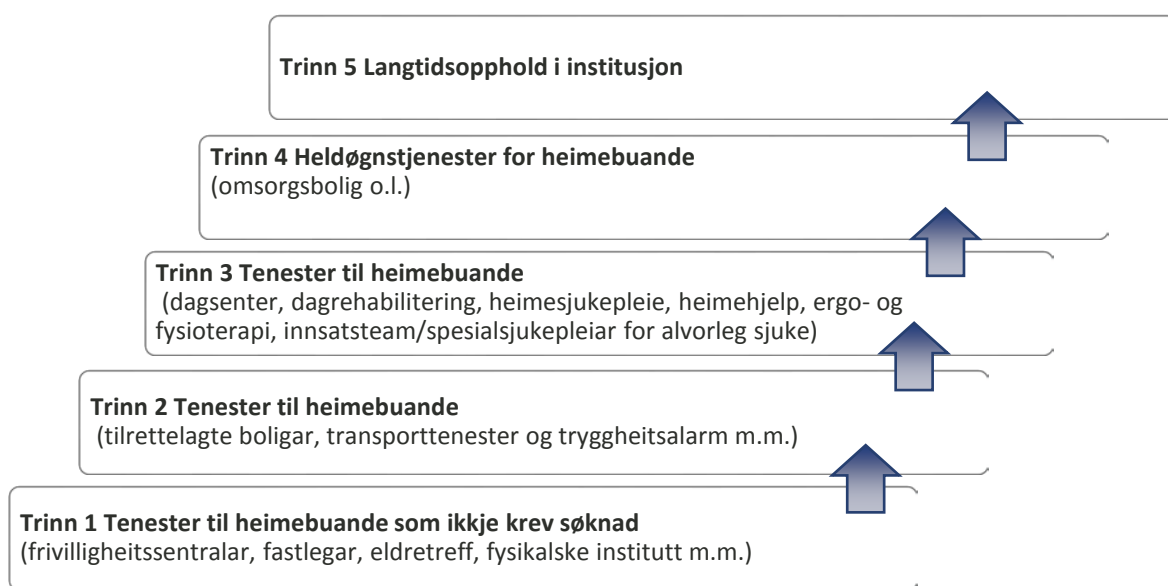
- Varsel om utskrivingsklar pasient skal sendast så tidleg som mogleg den dagen pasienten er utskrivingsklar og helst før klokka 14:30 måndag til fredag.
- Ved helg eller heilag dagar kan varselet sendast så tidleg som mogleg og helst før klokka 14:30, dersom pasienten har uendra behov i forhold til etablert tenestebehov eller ein på førehand har avklart endringane.
- Dersom pasienten har endra sitt behov eller er ny for dei kommunale tenestene og denne vert meldt utskrivingsklar i helg eller på heilagdag og dette ikkje er kjent for bydelen seinast klokka 14:30 på fredag / siste verkedag før heilagdag, er ikkje bydelen forplikta til å ta i mot pasienten før første påfølgjande verkedag.
- Då ligg pasienten vederlagsfritt laurdag og sundag, men bydelen må betale dersom det er heilagdag.

## 4.5 BEON-prinsippet

Eit sentralt prinsipp i helse- og omsorgstenestene på alle nivå sidan 1970-talet er LEON-prinsippet (som ein i reforma kallar BEON-prinsippet). LEON står for Lågaste Effektive OmsorgsNivå (BEON står for Beste Effektive OmsorgsNivå) og inneber at kvar pasient skal behandlast på det lågaste nivået som effektivt kan ta seg av lidinga (NOU 1996: 5).

Ein kan sjå dette i samanheng med strukturen på helsevesenet i Noreg: Kommunehelsetenestene er basisen for dei andre tenestene, og skal vere portvakt inn til desse. LEON-prinsippet gjeld også internt på sjukehusnivå, der innføringa av prinsippet førte til vriding frå inneliggande til poliklinisk behandling av pasientar (Kjelvik, 2007: 228). BEON-prinsippet vert i St.meld. 47 (2008-2009: 15) sett som grunnsteinen i tanken om omfordeling av oppgåver mellom spesialist- og kommunehelsetenestene: Ein ynskjer at vekst i behovet for helsetenestene skal løysast innan rammene for dei kommunale tenester, og ein ser at ved å gi kommunane ansvar for heilskaplege pasientforløp kan ein sørge for at tenestene vert gitt etter BEON-prinsippet. Prinsippet kan jamførast med eit subsidiaritetsprinsipp, tenester skal verte gitt på eit så lågt nivå som mogleg, men samtidig på så høgt nivå som nødvendig. Ein skal derfor gjere ei individuell vurdering kring kva som er nødvendige og formålstenlege tiltak i kvart enkelt tilfelle.

Ein vanleg måte å tenke tiltak på er å framstille tenester i ei omsorgstrapp. I samband med utskrivingsklare pasientar med oppfølgingsbehov er det bestillerkontora som avgjer kva tenester vedkommande skal få etter opphaldet ved sjukehuset. Omsorgstrappa viser at ein skal tenke trinnvis i å finne det riktige tenestetilbodet for pasienten. Ein skal starte på så lågt nivå som nødvendig, og så justere tenestene etter kvart som behova til pasienten endrar seg. Trappa startar med enklare tiltak som ikkje behøver søknad og vedtak frå bestillerkontora, fortsett vidare til tenester som krev vedtak, som tilrettelagte bustader, praktisk bistand, heimetenester og heimesjukepleie og aukar opp til det høgste kommunale omsorgsnivået som er langstidsopphald i institusjon.



**Figur 2.4 Eksempel på omsorgstrapp. Kjelde: Bydel Østensjø (2010)**



## 4.6 Reforma sitt fyrste leveår

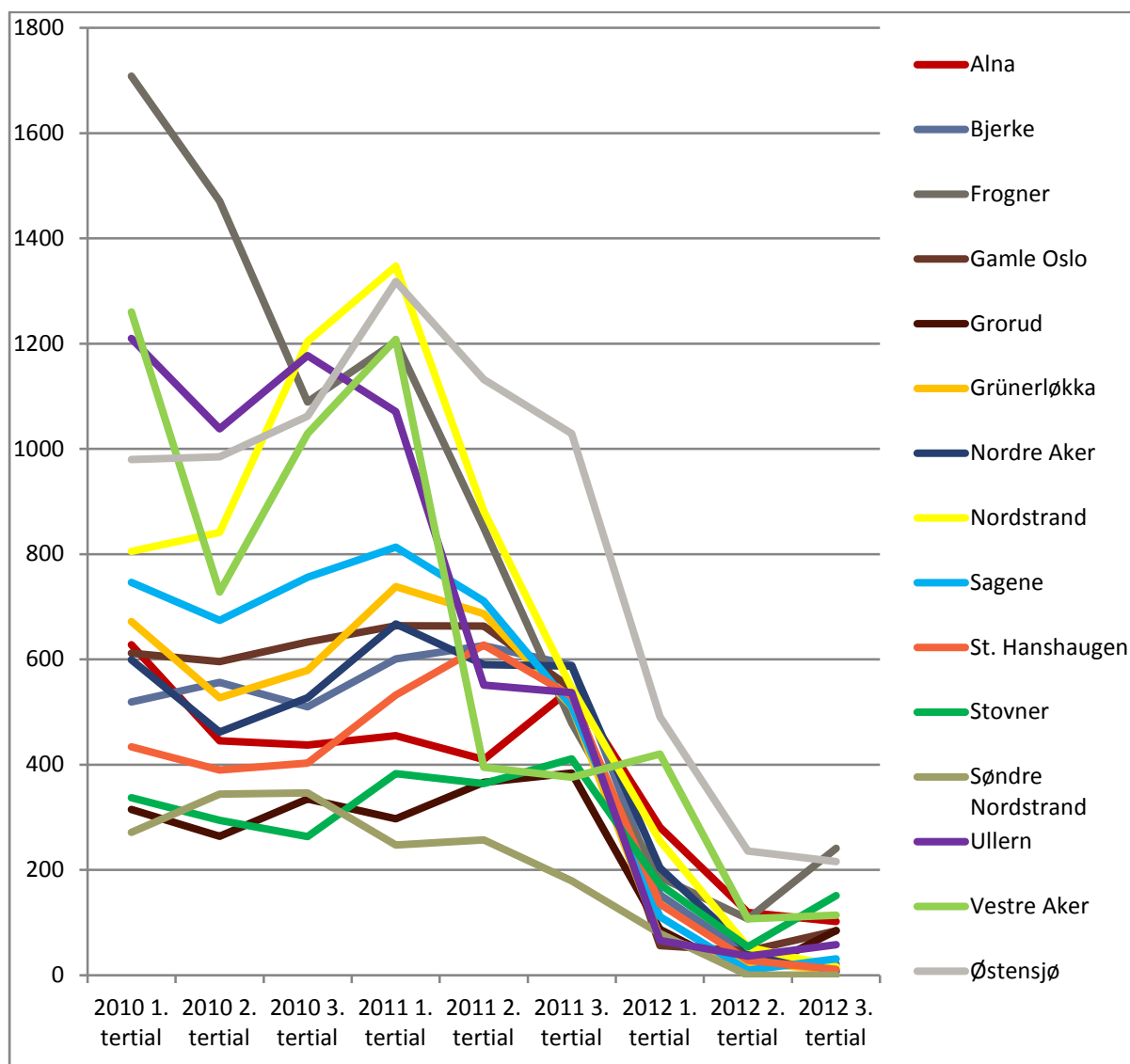
Reforma starta opp 1. januar 2012 og ein såg tidleg at talet på liggedøgn brukt av pasientar som var kategorisert som utskrivingsklare raskt gjekk ned. I følgje Helsedirektoratet (2012: 7) viser statistikk frå fyrste tertial 2012 at ein kan forvente ein halvering i talet på liggedøgn brukt av utskrivingsklare pasientar jamfør situasjonen i same periode 2011. Helse Sør-Øst (2012a: 44) peiker på at dei ser stor aktivitetsauke ved sine sengeavdelingar i fyrste tertial som fører til auka produksjon av DRG-poeng<sup>5</sup>. Det vil seie at sjukehusa har behandla fleire pasientar etter at reforma vart sett i verk. Frå deira synspunkt har samhandlingsreforma påverka sjukehusdrifta raskare enn forventa og gitt endringar i pasientsamansetninga for somatiske sjukehuspasientar. Raskare kommunal handsaming av utskrivingsklare pasientar har gitt sjukehusa reduserte liggetider og meirkapasitet til å behandle fleire pasientar. Helse Sør-Øst ser samhandlingsreforma som hovudårsak til endringane dei opplever.

Endringane er framleis markante i andre tertial, og ein ser følgjande verknader av reforma: fleire døgnpasientar, færre liggedøgn, kortare gjennomsnittleg liggetid, auka antal DRG-poeng knytt til døgnbehandling, høgare kommunal medfinansiering enn budsjettett, fleire utskrivingsklare pasientar, langt færre utskrivingsklare pasientar med betalingsplikt for kommunane og auke i talet på nye tilvisingar innan somatikk (Helse Sør-Øst, 2012b: 54). Men ein trekkjer også fram i rapporten ei auka uro blant brukarombod og brukarutval kring kvaliteten på dei tenestene dei utskrivingsklare pasientane mottok i kommunen etter at dei er skrivne ut frå sjukehus (Helse Sør-Øst, 2012b: 54).

Figur 4.5 på side 48 viser talet på liggedøgn på sjukehus for pasientar som er erklært utskrivingsklare og dermed ventar på kommunalt tilbod for dei ulike bydelane i Oslo. Reforma vart innført 1. januar 2012, altså midt i mellom 3. tertial 2011 og 1. tertial 2012, og figuren viser at alle bydelane i Oslo hadde ein betydeleg nedgang i talet på pasientar som venta på tilbod i 2012 samanlikna med dei to føregåande åra, sjølv om ein ser ein liten auke frå 2. til 3. tertial 2012.

---

<sup>5</sup> Diagnoserelaterte grupper. Mål på aktiviteten i sjukehus og basis for den innsatsstyrt finansieringa av helseføretaka. (Helsedirektoratet, 2011).



**Figur 3.5** Liggedøgn utskrivingsklare pasientar for alle bydelar 2010-2012, tertialvis. Talet på døgnopphald ved sjukehus for pasientar som er erklært utskrivingsklare. Kjelde: Helsedirektoratet (2013).

## 5 Å samhandle under den nye reforma - funn frå intervju

### 5.1 Syn på reforma

*«Det er ikke noen rigid reform og det er ikke noen reform som er preget av lover, regler, forskrifter, systemer. Det daglige ruller og går, med fleksibilitet, syns jeg.» (sitat frå intervju).*

Dei fleste informantane hadde eit positivt syn på det ein kan kalle ein av grunntankane i reforma: At ein berre treng å vere på sjukehus når ein skal behandlast, og at utskrivingsklare pasientar dermed ikkje har behov for å ligge på sjukehus.

*«Men sånn fra et overordna perspektiv så er det jo det at et sykehus skal brukes til det et sykehus er ment til, og ikke sant, det er spesialisthelsetjenesten. Og det blir at man utnytter mange og bedre av ressursene på sykehuset etter at samhandlingsreformen trer i kraft da.» (sitat frå intervju).*

Sjølv om dei fleste informantane nemner dette, legg likevel ni av dei tolv informantane vekt på at tidsaspektet som eg vil diskutere nærmare under er ei negativ side ved reforma. Og dette pregar nok også haldningane til reforma, fleire av informantane opplever tidspresset som ei viktig grunn til at dei er ambivalente eller negative til reforma og særleg korleis reforma får konsekvensar for pasientane. Samtidig har dei fleste informantane ei kjensle av at reforma viser riktig veg, særleg informantane ved bestillerkontora er positive til at kommunane får meir ansvar og fleire oppgåver. I samband med innføringa av reforma var fleire av informantane skeptiske til kva som skulle skje.

*«Vi grudde oss veldig til at den skulle komme. Vi så for oss at dette ville bli voldsomt og fryktelig og alt. Det har gått veldig bra. Det stiller veldig høye krav til oss, ting skjer mye raskere, men jeg tenker at det har gått bra.» (sitat frå intervju).*

*«I noen perioder sa vi til oss selv at «dette er jo verre en NAV-reformen» liksom. Det var vel ikke det. Det falt vel nokså raskt på plass for oss, syns jeg.» (sitat frå intervju).*

Ved alle einingane var det dei praktiske konsekvensane av reforma det vart lagt vekt på når ein presenterte reforma for dei tilsette. Korleis sa dei nye lovene og forskrifta at samhandlinga skulle skje? Kva betydde dette for deira kvardag reint praktisk? Som ein informant ved det eine bestillerkontoret sa:

*«Det var vel ikke noen positive trekk som ble lagt fram til å begynne med. Det var vel mest det at nå har vi ikke sju dager på å finne løsninger for dem som ikke kan reise hjem. Det var mer at nå har vi det ene døgnet. Og at prisen var dobla til 4000 kroner istedenfor 2000.» (sitat frå intervju).*

Ein tilsett ved sjukehus beskreiv kva det vart fokusert på der informanten arbeidde:

*«Det som ble konkret, på en måte sagt om her, var det at «langliggerne» skulle bort. Vi skulle kutte ned. Vi skulle ha en mye raskere og annerledes kommunikasjon med bydelen.» (sitat frå intervju).*

Ved eit av bestillerkontora og eit av sjukehusa begynte ein å øve seg på å ta ut pasientane og på å formidle informasjonen til den andre parten. Det vil seie at ein øvde på å gjennomføre dei nye rutinane og at ein ved bestillerkontoret gjennomførte besøk til alle pasientane som skulle ha kommunale tenester i etterkant av sjukehusopphaldet. Men som ein av informantane beskreiv, opplevde ein ikkje den nye forskrifta som radikalt nytt:

*«Sånn at det er jo klart at jeg syns at mye av det forskriften beskriver har vi jo gjort i mange år.» (sitat frå intervju).*

Særlig det at ein i Oslo-området var vande med å sende meldingar og at ein har vore bevisst rundt å starte tidleg med å planlegge rundt utskriving av pasientar med oppfølgingsbehov trekk informanten fram som noko ein har arbeidd med i fleire år.

## **5.2 Samhandling mellom sjukehus og bydel**

### **5.2.1 Kva fungerer – sett frå bestillerkontor og sjukehus**

#### **Bydelane tar ut dei utskrivingsklare pasientane**

*”For i Oslo kommune, eller i Osloområdet, så var det jo sånn før reformen at de hadde sju dager på seg på å ta ut pasienten. Det betydde ikke egentlig at de kunne la*

*pasienten ligge, hvis de hadde et tilbud klart. I praksis så ble det jo noen dager pasienten lå. Sånn at det er jo kanskje det mest synlige i forhold til drift, at de tar ut dag en. Det må jeg berømme bydelen for at de gjør, det er fantastisk! De er superflinke!» (sitat frå intervju).*

*”Vi er imponert over hva bydelen får til i forhold til de utskrivningsklare pasientene!” (sitat frå intervju).*

Eit av dei tydelegaste endringane etter innføringa av reforma har vore nedgangen i talet på liggedøgn utskrivningsklare pasientar utgjør på sjukehusa, jamfør figur 4.5 på side 48. Dette er det fleire informantar trekk fram som ein viktig effekt av reforma. På tross av at KS (2012) peiker på at det generelt er ei endring i melderutinane for utskrivningsklare pasientar på landsbasis, ser dette ikkje ut til å vere tilfellet i sektorane eg undersøker, der ein har hatt gode registreringsrutinar for utskrivningsklare pasientar over lengre tid, i følgje ein av informantane.

*«Men i hvert fall så har jo, så har jo dette med antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter har jo virkelig slått til. Det slo jo til fra dag en, fra 2. januar så tok de jo plutselig ut alt som var av utskrivningsklare pasienter.» (sitat frå intervju)*

Bydelane har gjort visse endringar for å klare å ta i mot dei utskrivningsklare pasientane. I den eine bydelen har ein valt å bemanne kommunikasjonskanalane til sjukehuset med faglærte, der ein tidlegare hadde ufaglærte som tok i mot beskjedar og vidareformidla desse. Dette for å kunne vere meir på hogget når nye meldingar kjem inn. I begge bydelane nyttar ein innsatsteamet for å avlaste både saksbehandlarar og heimetenestene, desse utfører vurderingsbesøk ved sjukehusa og legg til rette for heimreise for pasientane. I den eine bydelen har ein også gjort endringar i staben for å kunne tilpasse seg reforma og det meir hektiske tempoet som ho fører med seg:

*«... det har blitt byttet ut noen ansatte og kommet til noen som liker denne frontposisjonen og som gjør det veldig bra. Men selvfølgelig er kravet til å være rask og ekspeditiv og presis og kunne bestemme, treffe avgjørelser, handle raskt, det er blitt kraftigere» (sitat frå intervju).*

Med tanke på at bydelane tar ut pasientane så fort, er det grunn til å tenke seg at 4000 kroner i bot er eit sterkt insentiv for bydelane. Det er likevel ikkje betalinga som vert trekt fram av informantane, men heller samhandlinga og tilgangen på informasjon og «at det går fort». I

bydelane er nok bevisstheita om moglegheita for å få bøter noko som er i bakhovudet hjå dei fleste informantane, men det verkar som det råder ein pragmatisme kring dette.

*«Det har gjort oss interessert i å bli raske. Klart det, ellers så får vi så hatten passer. Og den er passe stor. Det er ikke sånn at tre døgn med den er liksom krise, men det er veldig ålreit å ikke få den og...» (sitat frå intervju).*

Målet er å ta ut pasientane i rett tid, men, som fleire informantar i den eine bydelen uttrykte, at det ikkje var om å gjere å ta pasientane ut for ein kvar pris. Dei nyttar i nokon grad dei omfordelte midla frå sjukehusa for å la pasientane ligge på sjukehus om visse omsyn tilseier dette. Dette gjaldt særleg i saker der ein ynskte å gjere vurderingsbesøk, men av ulike grunnar ikkje hadde fått moglegheit, eller dersom omsynet til pasienten tilsa dette:

*«Vi er opptatt av at pasienter som er utskrivningsklare, men ikke kan reise hjem, kan bli værende på sykehuset et døgn eller to ekstra hvis det kan spare dem for en forflytning. Dette blir også vurdert hvis det er muligheter for at pasienten kanskje kan klare å reise direkte hjem hvis de for eksempel får være over helgen.» (sitat frå intervju).*

*«Og vi har sagt at vi skal ikke ha utskrivningsklare pasienter på sykehuset med mindre det er avtalt eller planlagt, har vi sagt i 2013. Og det er fordi at noen ganger så lønner det seg jo bare å la dem ligge der et døgn sånn at du får sett pasienten og vurdert før du tar den ut.» (sitat frå intervju).*

Samtidig peikte ein sjukehusstilsett på at ein såg ei endra haldning blant dei tilsette knytt til kor lenge pasientane låg utskrivingsklare:

*«Men vi merker jo med en gang at det blir sånn, at pasienter blir liggende systematisk over tid, så begynner de å murre ut i klinikken: «Hva er det som skjer nå?»» (sitat frå intervju).*

Ein sjukehusstilsett uttalte at det økonomiske verkemiddelet ikkje er styrande for korleis ein skal tenke ved sjukehuset:

*«Vi prøver å formidle til våre internt at betaling er et virkemiddel og det er... det er ikke viktig om sykehuset får de 4000 kronene eller ikke. Altså, det er ikke det viktigste.*

*Hovedpoenget er å komme i gang med å planlegge en god utskrivelse for pasienten, sånn at vi får til et best mulig pasientløp.» (sitat frå intervju).*

Ein svært viktig medverkande faktor til at bydelane har klart å ta i mot pasientane tidlegare har vore at ein har endra kommunikasjonsform som har gjort kommunikasjonen mellom bydelane og sjukehuset enklare.

## **Endra kommunikasjonsform**

*«Vi er veldig fornøyd med elektronisk meldingsutveksling. Det har gjort kommunikasjonen veldig mye enklere, tydeligere og dokumentert, og det er jo kjempefint.» (sitat frå intervju).*

I dei fyrste månadane av reforma kommuniserte sjukehusa og bestillerkontora i hovudsak gjennom faks og telefon. I Diakonhjemmet sektor sendte sjukehusa meldingar til bestillerkontora gjennom Infobank, medan bestillerkontora der responderte på faks og per telefon. I løpet av året vart tovegs elektronisk meldingsutveksling innført i alle bydelar i Oslo, som følgje av prosjektet «Meldingsutveksling i kommunen» (Helseetaten, 2012). Denne endringa til elektronisk meldingssystem er noko alle informantane ser på som grunnleggande positivt og som ein viktig faktor til at samhandlinga fungerer. Det er i hovudsak det tidsbesparande elementet som vert trekt fram:

*”Og så var det veldig mye mer telefoner. Og det å få tak i bydel er vanskelig, og det er sikkert like vanskelig å få tak i oss, og det passa aldri når de telefonene kom. Så sånn sett så er det veldig godt med den dataen som ligger der og du kan ta tak i det når du setter deg ned.” (sitat frå intervju).*

I tillegg trekk informantane fram det at all kommunikasjon no vert dokumentert skriftleg som svært positivt:

*«Og da har du det også skriftlig. For vi er mange, så det kan være en kollega som har vært her dagen før og så kommer jeg og så kommer neste dagen etter. Og da har du det også skriftlig hva som er sagt og gjort, og det... Ikke bare at ”jeg har hørt at” og ”det står her.”» (sitat frå intervju).*

Den elektroniske kommunikasjonen har også hatt positiv innverknad på område det tidlegare kunne oppstå konflikter om, for eksempel nemnde ein informant at innføring av e-link gjorde det lettare ta avgjerder i saker der bydel og lokalsjukehus kunne vere ueinige om ein skulle betale bot eller ikkje:

*«Og det er jo fint med e-link for der ser vi jo helt tydelig både vi som sitter her på bestillerkontoret og sykehuset ser jo de samme meldingene. Og da ser vi jo helt tydelig hva som er sendt av beskjeder og hva som ikke er sendt.» (sitat frå intervju).*

Tidlegare var dette eit problem fordi det som var sagt og gjort ikkje alltid hadde vorte dokumentert fullt ut, for eksempel referat frå telefonsamtaler. Den elektroniske meldingsutvekslinga har også gjort det enklare å starte samhandlinga tidlegare, då fristane for å svare på melding gjer at ein oftare sjekkar. Som ein informant ved eit av sjukehusa uttalte:

*«Det gjør noe med måten å kommunisere på. Du planlegger bedre.» (sitat frå intervju).*

Ein annan effekt av innføringa av elektronisk meldingsutveksling er at partane opplever at dei betre forstår korleis den andre parten arbeider og tenker. Gjennom dokumentasjonen i e-linksystemet uttalte fleire informantar ved sjukehusa at dei betre forstår kva bestillerkontora treng av opplysningar, sjølv om fleire av informantane ved bestillerkontora meinte at dette kunne bli endå betre.

*«Ja, sykehuset har jo sagt at det var først etter at vi begynte med elektronisk meldingsutveksling at de faktisk skjønnte hvor høyt faglig nivå det var ute i kommunen. Og da tenker jeg at det er jo fryktelig synd at de ikke skjønnte det før!» (sitat frå intervju).*

Ein sjukehusstilsett opplevde at bestillerkontora hadde meir tillit til vurderingane deira:

*«Nå virker det som de stoler mye mer på de opplysningene de får fra oss, eller de har ikke tid til å komme og ta vurderingsbesøk. [...] Og ja, det er jo en slags tillitserklæring og vel, at de bare sender elektroniske meldinger da.» (sitat frå intervju).*

Samtidig har innføringa av dei elektroniske meldingsordningane fått følgjer for kva for kontakt einingane har med kvarandre:



*«... vi har fått så gode elektroniske meldingssystemer nå at vi nesten ikke trenger å snakke sammen.» (sitat frå intervju).*

## **Kompromiss og fleksibilitet**

Fleire informantar peika på at ein i den fyrste tida av reforma har forsøkt å ha ein viss pragmatisme i samband med handsaminga av dei nye reglane og lovverket som vart innført i samband med reforma. Ein informant frå ein bydel peika på at ein har sikta mot ei samarbeidsklime på overordna nivå der det er rom for fleksibilitet i samarbeidet. Dette var særleg viktig i den fyrste fasen av reforma då retningslinjer og tilpassing til den nye forskrifta framleis ikkje var ferdigforhandla.

*«De første månedene diskuterte vi det mye. Mer der igjen så er du noenlunde fornuftig og har fornuftige kolleger på neste nivå, på sykehusnivå, de venta med å sende regning til vi var ferdige med å finne ut av det.» (sitat frå intervju).*

Samtidig peikte ein informant frå den andre bydelen at det hadde vore utfordrande å samhandle i oppstartsfasen:

*«På begynnelsen av året så var vi fryktelig uenige, da var vi absolutt ikke enig om hvor mye vi skulle betale for den enkelte pasienten og hva som var sendt av meldinger og sånt.» (sitat frå intervju).*

Informanten peiker vidare på at dette har betra seg betrakteleg i løpet av året, i takt med innføring av elektronisk meldingsutveksling og at begge partar vert flinkare og flinkare til å dokumentere.

*«Men nå blir det jo mindre og mindre diskusjoner fordi at man blir flinkere og flinkere til å dokumentere, sånn at det er helt klart for sykehuset når de har brutt forskriften, og så er det helt klart for oss når vi har brutt forskriften.» (sitat frå intervju).*

Ein informant ved det eine sjukehuset peikte også på kor viktig det var å gi kvarandre spelerom i arbeidet med å innføre den nye forskrifta:

*«Være litt pragmatiske, både vi og bydelen, på at vi må bare gi hverandre litt «slack», for vi vil gjerne at vi skal fortsette å samarbeide godt.» (sitat frå intervju).*

Fleire informantar ved både bydelar og sjukehus peikte på at prosessen med å utarbeide samarbeidsavtaler mellom bydelane og sjukehusa har vore ein utfordrande prosess, men at den endelege løysinga ber preg av kompromiss og at alle partar har måtte gi og ta litt. I begge bydelane har ein ynskt å unngå utskrivingar i helger, og ved sjukehusa har ein ynskt å ha så stor fleksibilitet i utskrivingstidspunkt som mogleg og ha moglegheit til å skrive ut pasienten når dei ynskjer det. Dei endelege avtalene representerer i så måte eit kompromiss mellom partane.

Det vart også peikt på samhandlingskoordinatorane si rolle i denne samanhengen. Fleire informantar både ved bestillerkontor og på sjukehus la vekt på behovet av å ha personar som kunne bistå i situasjonar der det oppstod problem, samt at dei har eit overordna blick på samhandlinga, sørgjer for at informasjon vert formidla og kan ha kunnskapar om korleis ein ligg an i forhold til oppsette mål.

## **5.2.2 Utfordringar – sett frå bestillerkontor og sjukehus**

### **Kva treng pasienten?**

*”Ja, det er jo for eksempel klassisk eksempelet som kan by på problemer er når vi vurderer en pasient som så dårlig at den ikke kan dra hjem, og bydelen ikke har noen korttidsplass eller / og vil ikke gi noen korttidsplass eller vil at pasienten skal hjem.” (sitat frå intervju med sjukehusstilsett).*

*«Uenigheten er gjerne i forhold til vurdering av hvilket omsorgsbehov vedkommende trenger. Og det vi ser er at de også gjerne vurderer at de er i behov av mer hjelp enn det vi vurderer.» (sitat frå intervju med bestillerkontortilsett).*

Den utfordringa som hyppigast vart nemnt av informantane var problematikk knytt til kvar på omsorgstrappa pasientane behøver tenester frå. I følge forskrifta om utskrivingssklare pasientar er det bydelane som bestemmer kva tenestenivå pasienten skal få. Likevel er dei sjukehusstilsette si vurdering av pasienten som vert formidla til bestillerkontora gjennom dei elektroniske meldingane eit svært viktig grunnlag for vedtaka bestillerkontora gjer. Dette har vorte viktigare etter innføringa av samhandlingsreforma, då den kortare tidsfristen gjer at bestillerkontora i begge bydelane ikkje får gjort like mange vurderingsbesøk som dei ynskjer. Sjukehusa formidlar ynskjer frå pasientar og pårørande, samt gjer seg opp sine egne meiningar om kva pasientane har behov for. Ved begge sjukehusa opplevde mange av

informantane det som frustrerende og vanskeleg å få personar inn på korttids- eller langtidsplassar ved sjukeheimar.

*«De kan nesten få hva de trenger av hjemmesykepleie, sånn nesten i dag. Men det og så få sykehjem det, hvis man nesten ikke er terminal, nei, jeg skal ikke si det. Men til tider så syns jeg det kan være vanskelig å få gjennom det.» (sitat frå intervju).*

*«Hadde vi hatt ubegrenset med korttidsplasser så hadde livet vært mye bedre å leve for både pasienter og de som jobber med pasientene.» (sitat frå intervju).*

Fleire av informantane ved bestillerkontora opplevde det som vanskeleg at vurderinga deira av pasienten sine behov vart trekt i tvil. Dette gjaldt særleg i tilfelle der ein ved sjukehusa ynskte eit høgare nivå av tenester på omsorgstrappa enn ein meinte var nødvendig ved bestillerkontoret.

*«Det er spesielt på psykiatri, noen ganger på somatikk også, men det har vi jobbet så mye [med], fordi de skrev jo ut og sa «må ha sykehjemsplass», uten å vite alt vi har av tjenestetilbud som fint kan matche en sykehjemsplass for den pasienten.» (sitat frå intervju).*

Ved bestillerkontora sa mange av informantane at dei opplevde at ein ved sjukehusa ikkje har nok kunnskap om kva tilbod ein har i bydelane, det vil seie på dei andre trinna i omsorgstrappa opp til tilbod om heimesjukepleie og sjukeheimplass. Samtidig ytrar fleire informantar frå sjukehusa at dei opplever at vurderingane ved bestillerkontora i noko grad vert basert på andre parameter enn kva pasientane faktisk har behov for, då gjerne at ein i bydelane legg stor vekt på økonomi og kva tilbod dei har tilgjengeleg når dei avgjer kva tilbod pasientane skal få.

*«Når mange sier at man ikke har sykehjemsplass og det er begrunnelsen for at [pasienten] må hjem, da syns jeg ikke det er tillitsvekkende. Det syns jeg ikke. For det skal vurderes ut fra pasienten og ikke hva de har av tilbud, tenker jeg.» (sitat frå intervju).*

I tillegg kan kunnskapsmangel om tilbodet i bydelane kombinert med det nokon peikte på var ei medieskapt mistillit til dei kommunale tenestene også ha innverknad på kva tenester ein ynskjer for pasientane frå sjukehuset si side. Ein sjukehusinformant beskreiv følgjande om

kvifor enkelte sjukepleiarar gjerne ynskte å behalde pasientane lenger på det eine sjukehuset, trass at dei var ferdigbehandla og dermed per definisjon utskrivingsklare:

*«Men at de mer sånn av godhjertethet, så skulle de gjerne hatt dem en stund til. Eller at de ikke har tillit til systemet videre. Det er noe med det bildet man får av media og så videre...» (sitat frå intervju).*

Fleire av informantane ved sjukehusa meinte at dei hadde litt, men ikkje nok kunnskapar om tenestetilbodet i bydelane, og ein informant uttrykte eit ynskje om at bydelane betre kunne samordne kva kriterium som vart lagt til grunn for vurderinga av kva tenestetilbod ein gir pasientane:

*«Det er først og fremst dette med at bydelen skal ta ansvaret for om pasienten skal hjem eller på korttidsopphold som jeg syns er det som er mest vanskelig. Og at man da kanskje skulle hatt noe... Om det da hadde vært mulig å lage noen tydeligere kriterier da, for hvor de grensene går. For jeg føler ofte at det er veldig tilfeldig.» (sitat frå intervju).*

Grunngjevinga for at dei ulike einingane meinte pasienten trong tenester på ulikt nivå i omsorgstrappa kan frå bestillerkontora si side oppsummerast i argument om rehabilitering og potensial for å få tilbake funksjon, medan ein ved sjukehuset argumenterte ut frå behov for pleie og omsorg. Sitatet under er illustrerande for haldningane ein finn ved bestillerkontora:

*«Rehabilitering og det å lete etter ressurser hos syke mennesker og eldre mennesker og det å hjelpe til selvhjelp det er sunt. Og det er annerledes enn å parkere deg i en seng i en institusjon.» (sitat frå intervju).*

Det neste sitatet beskriv korleis ein tenker blant informantane ved sjukehus:

*«Vi er jo veldig i en rolle der vi er opptatt av det syke i mennesket.» (sitat frå intervju).*

Ved sjukehusa peikte også nokre av informantane på rolla at sjukepleiarane har, ved at dei står «midt oppe i situasjonen» og må forhalde seg til både pasient, pårørende og bydel kan vere utfordrande. Særleg vert bandet ein får til pasienten sterkt, og fleire av informantane reflekterte over at dette kunne føre til at dei involverte seg mykje i enkeltsituasjonar og ikkje var så gode på å sjå ein heilskap i tilbodet:

*«De [bydelene] har et stort press og de ser på en måte en stor helhet og så sitter vi på sykehuset med den ene pasienten vår. Som vi har blitt så godt kjent med, for hun er så søt og pårørende maser på at de trenger ditten og datten og så skal vi da kjempe liksom alt det vi kan for den pasienten. Og så må bydelen da... De ser alle de andre også, ikke sant, som vi ikke ser. Og så må de prioritere.» (sitat frå intervju).*

Ein av informantane ved bestillerkontor kommenterte problematikken slik:

*«Altså slik jeg har forstått samhandlingsreformen så skal pasientene ut fra institusjon og klare seg mer hjemme i kommunen. Og vi må ikke komme dit hen at samhandlingsreformen da gjør det slik at dette, denne overgangen skal erstattes med institusjonsplasser i kommunehelsetjenesten. For du vet at da blir det ikke rimeligere.» (sitat frå intervju).*

### **E-link: kva skal formidlast?**

Ei anna utfordring som var særleg relevant kring oppstarten av elektronisk meldingsutveksling er innhaldet og hyppigheit av meldingane som vert sendt på e-link. For det fyrste såg fleire av informantane ved det eine bestillerkontoret det som eit problem at informasjonen ein fekk frå sjukehuset ikkje inneheldt den informasjonen ein treng for å vurdere tilbodet i etterkant av sjukehusopphaldet. I den eine sektoren opplever ein frå bydelen si side at det har vore problem med å få viktige opplysningar, særleg i situasjonar der innhaldet i meldingane ikkje har formulert funksjonsopplysningar som ikkje er direkte relatert til diagnosen, men som har relevans for tilbodet når pasienten skal heim. Dette vert i mindre grad trekt fram som problem i den andre bydelen.

*«Spesielt når det gjelder nye brukere som vi ikke kjenner til i det hele tatt, så er det mye som vi burde ha visst på forhånd som vi ikke får vite noen ting om, for det har ikke noe med denne innleggelsen å gjøre. Men likevel så er det veldig viktig å vite om det når folk kommer hjem.» (sitat frå intervju).*

Eksempel på slike opplysningar som ved tilfelle har vorte utelate er pasienten si forflyttingsevne og behov for sondenæring. Ein informant i bydelen peikar på at slike problem ofte oppstår fordi dei opplever at den som skriv meldingane ved sjukehuset ikkje er den som har stelt pasienten, og dermed ikkje kjenner pasienten så godt. Dette har skapt ein del frustrasjon blant informantane i den eine bydelen:

*«Jeg synes ikke, og det er et sånt hovedtrekk det her altså, at annenlinjetjenesten, jeg tror ikke de helt skjønner hvorfor det er viktig at vi får informasjonen ordentlig.» (sitat frå intervju).*

Nokre av informantane frå sjukehusa er seg bevisste dette problemet. Dei forstår at bydelane har behov for skildring av funksjonsnivå, men ser at det ofte ikkje vert tid til å gjere vurderingane godt nok, og at dei ikkje har tid til å samhandle med bydelen.

*”Så det er ofte vi sender ut pasienter nå som er... ikke er, rett og slett, vurdert godt nok i forhold til funksjonsnivå og ADL da, det som vi kaller ADL eller ”Activities of Daily Living.”» (sitat frå intervju).*

*«For det er det bydelene er ... de er ikke så opptatt av det medisinske og diagnoser og sånne ting, de er mer opptatt av pasientens funksjonsnivå.» (sitat frå intervju).*

Ein annan informant la vekt på at pasientane ofte er i så dårleg form at det er vanskeleg å få gjennomført vurderingar av funksjonsnivå. Ofte er pasientane sengeliggende under heile opphaldet, og kan vere slått ut av feber og infeksjonar som gjer at det er vanskeleg å seie noko om korleis pasienten sin tilstand vil utvikle seg og vere når han eller ho er ferdigbehandla. Dette resulterer i det ofte vert sendt endringsmeldingar som endrar dato for når pasienten er utskrivingsklar, noko som var eit frustrasjonsmoment i byrjinga for informantar i begge bydelane. Dette ser ut til å ha betra seg i den eine bydelen, og er framleis eit problem i den andre bydelen. Når bydelane får ein dato for når pasienten er utskrivingsklar, arbeider dei mot denne datoen, det vil seie at ein byrjar å organisere tilbodet pasienten skal ha når dei vert skrive ut, for eksempel reservere plass på institusjon, opprette heimetenester eller skaffe hjelpemiddel.

Også ved sjukehusa opplever nokre av informantane at det er problem med å få god nok informasjon frå bydelane. Dette er særleg relatert til kva tilbod bydelane planlegg å gi pasienten etter utskriving. Nokre av informantane opplevde det som frustrerende å ikkje kunne gi pasientar eit klart svar på kva som var planlagt vidare.

*«Jeg er veldig opptatt av at bydelen skal være tydelig på kva de har som plan for pasienten etter utskrivelse» (sitat frå intervju).*

## Tidspress

Gjennom innføringa av betalingsplikta for utskrivingsklare pasientar har ein skapt eit mykje kortare tidsrom for bestillerkontora å gjere vurderingane sine på, men også for sjukehusa gjennom at dei må kommunisere med bydelane gjennom e-link. Ein har dermed fått utfordringar knytt til auka arbeidspress både ved sjukehusa og ved bestillerkontora.

Eit av problema som vert trekt fram og som også har vore gjenstand for mykje diskusjon i forhandlingane om samarbeidsavtalene er i kva grad det er mogleg å oppfylle måla ein sett opp i forskrifta om at kommunane har svarplikt på meldingar heile døgnet. Sjølv om sjukehusa bør streve etter å skrive ut pasientar på dagtid, opnar ein i prinsippet for at pasientar kan skrivast ut heile døgnet. Dette har vore noko av kjerneproblematikken i forhandlingane av dei nye samhandlingsavtalene, der problemet har vore at bestillerkontora berre har opent på dagtid og på kvardagar. Dette vil seie at om pasientane har hatt behov for oppfølgjande tenester i bydelane og har vorte innlagt ein torsdags kveld og ein finn ut først fredag ettermiddag at vedkommande kan heim, men med endra tenestetilbod, har pasienten etter avtalene i begge sektorane kunne ligge vederlagsfritt ved sjukehuset til over helga. Dette peiker sjukehusa på som ei utfordring, og som noko som ein må vurdere å endre på. For at ein skal få til ei full utnytting av sengekapasitet på sjukehusa meiner informantar både ved sjukehus og ved bestillerkontora at ein må vurdere opningstidene til bestillerkontora eller i det minste moglegheita til å kunne få ordna med endring av tenestetilbod for pasientar som vert skrive ut i helg. I den eine bydelen hadde ein opplevd ein situasjon der kapasiteten ved sjukehuset var sprengt og ein var nøydde til å ha helgevakt ved bestillerkontoret.

Det at bestillerkontora berre har ope på dagtid fører til at det vert auka tidspress på samhandlinga. På sjukehusa vil ein normalt avgjere om ein pasient er utskrivingsklar i løpet av legevisitten som føregår på formiddagen. Dette gjer at bydelane ikkje får beskjed om utskrivingsklaravgjerda før eit stykke ut på formiddagen, noko som skapar korte fristar for saksbehandlarane for å få gjennomført vurderingsbesøk og fatte vedtak:

*«For vi har jo kontortid fram til halv fire så... Om jeg skal dra på en vurdering så må det skje tidligst tolv. Og så skal jeg tilbake, ja, snakke med de der oppe også, og da tar det gjerne fort en time, att og fram og sånn. Og så, så må jeg skrive de vedtakene før klokka 14 for å varsle hjemmesykepleien sånn at de har tid nok til å opprette tjenesten. For det skal jo rekrutteres til noen som skal utføre dette her. Så det er liksom som en*

*kabal skal gå opp. Så det hadde... Det hadde vært ønskelig med mer tid der ja.» (sitat frå intervju).*

I begge bydelane ynskjer ein å få sett så mange av pasientane som mogleg, sjølv om fleire av informantane meiner at dei ikkje får sett så mange som før, samt at dei ikkje får sett så mange som dei ynskjer. Begge bydelane oppgir at dei besøker om lag halvparten av dei aktuelle pasientane på sjukehuset, medan ein i den eine bydelen har eit mål om å besøke om lag 80 %. Ein informant i den andre bydelen opplyser at dei har auka talet på vurderingsbesøk etter at reforma starta opp, men at dei arbeider med å verte endå betre på dette. Ofte har bydelane kjennskap til pasienten på førehand om vedkommande allereie har tenester, og ein av informantane sa at ein vurderer behovet for besøk på sjukehuset ut frå om dei kjenner pasienten frå før, kva diagnose vedkommande er innlagt med og kva som har skjedd. Konsekvensar av at dei ikkje får sett pasientane på sjukehuset er i følgje fleire av informantane at dei ikkje får kvalitetssikra tilbodet til pasienten i stor nok grad:

*«Nei, det går jo utover pasienten egentlig. Kanskje vi ikke får en god nok vurdering i forhold til hvilke tjenester vi kan gi. Sånn at fundamentet for tjenesten ikke er godt nok.» (sitat frå intervju).*

Ved sjukehusa opplever ein også eit auka tidspress som følgje av endringar som har skjedd av reforma. Begge sjukehusa valde å kutte i talet på postar, det vil seie ein reduksjon i sengekapasitet, men også i stab. Samtidig har bydelane sitt uttak av pasientar ved det eine sjukehuset ført til at dei aller fleste pasientane på sjukehuset får aktiv behandling, noko som har auka presset på dei sjukehustilsette:

*”Hvor vi før kanskje hadde åtte pasienter, hvor fire var behandlingstrengende og hvor fire avventet kun utreise, så var det jo klart det var mye mindre med de fire. Mens nå er det jo åtte stykker som skal ha behandling. [...] Sånn at arbeidsmengden har steget i taket.” (sitat frå intervju)*

Ein sjukehusinformant opplever at dei strengare tidsrammene fører til at risikoen for at ting vert gløymt når ting går så fort er større. Dette gjeld praktiske saker som epikrise og andre papir som skal følgje med pasienten, samt pasientane sine personlege eigendelar.



## Opplevd likeverd

Ei siste utfordring er at nokre av informantane ikkje opplever likeverd i ein del situasjonar knytt til utskrivingsklare pasientane. Fleire av dei sjukehusstilsette, dette gjaldt i den eine sektoren, opplevde at dei var i ein skvis mellom legar, pasient, pårørande og bydelen:

*«Her er det jo legene som bestemmer hva de skal og der er det jo bydelene som bestemmer på en måte hvilket nivå de skal ha og... Og så har du pårørende også da, som ofte kan være involvert, de bestemmer jo også til en viss grad på en måte hva pasienten skal. Så da sitter vi liksom i skvis mellom alle, totalt uten noe myndighet. Sånn er det ofte.» (sitat frå intervju).*

*”Og det er frustrerende, du er sammen med pasienten og du er sammen med pårørende og du får telefoner og du har egentlig ikke noen myndighet til å fortelle hvordan det er.” (sitat frå intervju).*

Blant informantane ved bestillerkontora er det nokre som peiker på at dei opplever at nivåtankegangen er tydeleg:

*«Nå er det helt klart at bydelene og kommunene har en utfordring i forhold til å på en måte få et godt nok tjenestetilbud. Men vi jobber med det og de er også litt sånn at de tenker «vi er best». De har mest kunnskap. Men det er ikke sikkert det altså. Og jeg syns kanskje annenlinjetjenesten kunne vise litt ydmykhet i forhold til det.» (sitat frå intervju).*

Informantar ved begge sjukehus trakk fram at dei har opplevd at tilsette ved bestillerkontor har prøvd å påverke utskrivingsklardatoen eller forsøkt å få sjukehuset til å gjennomføre undersøkingar.

*«Og så er det ofte litt sånn fra bydelen «og så vil vi ha det og så vil vi...». Det er liksom bestilling. Men de sitter der og ønsker seg det for da er det lettere å fatte et vedtak og sånn.» (sitat frå intervju).*

## 5.3 Effektar for pasientane

*”Så jeg får følelsen av at det er no administrativt, [en] økonomisk reform mer enn en reform som tenker på pasientens beste da” (sitat frå intervju).*

Informantane vart bedt om å svare på spørsmål kring korleis dei opplevde at pasientane vart påverka av reforma og dei nye rutine for samhandling. Informantane var ambivalente i synet på dette. Overordna er dei fleste einige om at pasientane ikkje treng å ligge på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla, og at for å unngå infeksjonar er det betre at pasientane kjem fort ut av sjukehuset. I tillegg peikte også fleire informantar på at moglegheitene for opptrening og rehabilitering er større i kommunane enn på sjukehus. Men det vart også trekt fram effektar for pasientane ein ikkje syns var så bra. Ni av tolv informantar meiner at pasientane vert skrive ut for fort og at prosessen går for fort. Grunnane til at informantane meiner det går for fort er litt forskjellige. For ein del av informantane i bydelen betyr «for fort» at pasientane skrivast ut på eit tidlegare tidspunkt enn tidlegare, det vil seie at dei meiner pasientane er dårlegare på utskrivingstidspunktet enn tidlegare.

*«Men jeg trodde ikke at vitsen med samhandlingsreformen, jeg trodde ikke at pasientene skulle bli så mye dårligere enn det de var før. Og det mener vi at de er, det sier alle.» (sitat frå intervju).*

Frå sjukehusa si side har ein eit litt anna syn på saka. Som ein informant uttrykte det:

*«Men det syns jeg kanskje man ikke har tenkt godt nok på, det er jo det at man burde skjønt at når man skrives ut dag en så er man jo i en annen form enn da man ble skrevet ut dag sju. Da har man jo faktisk fått et lite korttidsopphold her.» (sitat frå intervju).*

Det vart også av nokre informantar peikt på at grunnlaget for å gi dei eit riktig tilbod jamfør omsorgstrappa vert svekka av tidsrammene. Dette gjaldt både ved sjukehus, der nokre informantar peikte på tidsaspektet som årsak til at ein i nokre tilfelle ikkje rakk å kartlegge funksjonsnivå i god nok grad, og ved bestillerkontora, der moglegheita for vurderingsbesøk i forkant av utskriving vart mindre.

*«Ulempen er nok at pasientene skrives ut på et tidspunkt som, altså bydelen og kommunene får nok dårligere grunnlag for å skrive ut enn man gjorde før» (sitat frå intervju).*

For andre informantar att, og dette gjeld for både bestillerkontor og sjukehus, betyr for fort at ein ikkje har fått tid til å førebu pasientane på kva som skal skje vidare, og trygge pasientane. Med tanke på at pasientane som har behov for kommunale tenester ofte er eldre og i mange

tilfelle utrygge og usikre på kva som vil skje i ein situasjon der dei skal frå sjukehus til for eksempel å vere åleine i heimen, var fleire av dei tilsette både ved bestillerkontor og ved sjukehus svært oppteke av at ein må få tid til å trygge pasientane i desse overgangsfasane. Det vart opplevd om problematisk at pasientane ikkje får tid til å forstå kva dei skal, og nokre av informantane frå sjukehus opplevde det som frustrerande å ikkje kunne fortelje pasienten kvar vedkommande skal vidare før i verste fall nokre timar før pasienten vert sendt vidare. Ein informant ved sjukehus meinte i denne samanheng at det var veldig viktig at bydelane var tydelege på kva dei har som plan for pasienten vidare og er flinke til å formidle dette også til sjukehusa.

Ei anna utfordring som nokre informantar ved begge bestillerkontora peikte på, var at pasientane i større grad enn før vert sendt mellom fleire typar tenester før dei får det endelege tilbodet dei skal har fått tildelt. Ein informant beskreiv eit mogleg forløp:

*«De er ferdigbehandla på sykehuset og så ligger de der og venter på at sykebilen skal komme, det kan gå mange timer. Noen blir liksom ferdigbehandla på morgenen og så kommer sykebilen langt utpå kvelden og henter dem. Og så kan det hende at de må innom en plass i Sykehjemsetaten i et døgn og så kommer vi på jobb og så flytter vi dem til et annet sted og så til slutt så er de klar til å flytte hjem, eller så ble de så dårlige i løpet av hele det kjøret at de måtte på institusjon varig likevel.» (sitat frå intervju).*

# 6 Analyse

## 6.1 Innleiing

Korleis kan ein forklare kva som fungerer og kva som ikkje fungerer like godt i samhandling om dei utskrivingsklare pasientane mellom bydelar og bestillerkontor? I dette kapittelet vil eg ta for meg problemstillingane eg stilte innleiingsvis og diskutere korleis reforma har påverka samarbeidet mellom bydelar og sjukehus. Eg vil belyse dette gjennom dei instrumentelle og institusjonelle perspektiva eg presenterte i kapittel 2 og både strukturelle og kulturelle sider ved samarbeidet vil verte diskutert. Fyrst vil eg beskrive dei viktigaste endringane ut frå problemstilling 1 i kapittel 6.2:

***Problemstilling 1:** I kva grad og korleis inneber samhandlingsreforma strukturelle og kulturelle endringar i pasienthandsaminga i skjeringsflata mellom lokalsjukehus og bydelar i Oslo?*

Vidare vil eg diskutere problemstilling 2 i kapittel 6.3:

***Problemstilling 2:** I kva grad påverkar dei strukturelle og kulturelle endringane faktisk pasienthandsaming og samarbeid?*

## 6.2 Problemstilling 1: Strukturelle og kulturelle endringar?

### 6.2.1 Ei instrumentell analyse av dei viktigaste endringane

#### Strukturelle endringar

I reforma vert det spesifikt sagt at ein ikkje ynskjer å gjere store strukturelle endringar i samband med samhandlingsreforma. Overordna kan ein ut frå eit instrumentelt perspektiv sjå at dette er tilfellet i dei einingane eg undersøker. Det er ikkje skjedd store strukturelle endringar i korleis einingane samhandlar, det vil seie omorganiseringar eller innføring av nye nivå eller einingar. Det er dei same einingane som gjer dei same oppgåvene, men med litt ulike rutinar for korleis ein gjer dei oppgåvene ein skal gjere. Intervjua understøttar dette, samhandlingsreforma vert ikkje oppfatta som noko heilt nytt, ein har drive med mykje av

dette før. Dette kan ein sjå på to måtar: For det fyrste at mange av strukturane ein skisserer i reforma og forskrifta i grove trekk alt var på plass før reforma kom gjennom at det vart sendt A- og B-meldingar mellom einingane tidlegare. Dermed var det frå eit hierarkisk perspektiv ikkje nødvendig med store strukturelle endringar for å innføre dei grepa ein ynskjer i dei einingane eg undersøker. For det andre kan ein sjå dette frå ein forhandlingsvariant. Ein har gjennom forskrifta gitt lokalt handlingsrom for å utarbeide lokale løysingar som kan tilpassast eksisterande strukturar og dermed ikkje gjer store strukturelle endringar nødvendig.

Sjølv om ein verken i reforma eller i forskrifta legg opp til store organisatoriske endringar, involverer dei grep som fører til endring i rutinane til einingane eg undersøker. Dei strukturelle hovudgrepa i samband med dette kan skisserast som følger:

- Innføring av nytt regelverk med Forskrift om kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasientar, der ein innfører den nye *betalingsplikta*.
- Nye rutinar for samhandling mellom sjukehusa og bydelane med innføring av dei nye *tidsrammene*.
- Innføring av *elektronisk meldingsutveksling* mellom einingane.

Innføring av den nye forskrifta og den endra betalingsplikta er det strukturelle grepet bydelane i Oslo i størst grad har fått merke etter innføringa av reforma. Gjennom innføringa av dette insentivet ynskjer ein frå politisk hald å spare pengar gjennom at pasientane får eit tilbod som er billegare i kommunen enn det det kostar å ha pasientane liggande på sjukehus. Det ligg på den måten ein økonomisk formålsrasjonalitet i botnen for dette grepet. Ut frå eit hierarkisk perspektiv kan ein dermed sjå at ein har ei todelt målsetting med å innføre betalingsplikt. Ein ynskjer å få til ein reduksjon i liggetider for pasientane og ein ynskjer å endre haldningane til når kommunane faktisk og ikkje berre på papiret skal ta over ansvaret for dei utskrivingsklare pasientane.

Ut frå eit instrumentelt perspektiv vil ein anta at aktørar handlar formålsrasjonelt, og ved å innføre ei insentivordning gir ein kommunane moglegheit til å spare pengar gjennom at dei tilførte midla overstig kostnaden for eit kommunalt tilbod. Men ein konsekvens av dette kan vere at det å spare pengar vert så viktig at ein let økonomiske omsyn gå føre pasientomsyn, noko fleire av informantane ved sjukehusa ga uttrykk for at dei var bekymra for at faktisk skjedde. Det er likevel ikkje mitt inntrykk at dei økonomiske motiva vert lagt veldig mykje meir vekt på enn pasientomsyn hjå bestillerkontora. Sjølv om insentivet er ein motivasjon til å handle raskare, som ein informant kalla det, er det likevel ein pragmatisme å

spore i korleis bydelane heldt seg til betalingsplikta. Pasientane vert ikkje teke ut for ein kvar pris, sjølv om ein opplever at pasientane nokre gonger må innom fleire tilbod før det endelege tilbodet er tilgjengeleg. Samtidig gir informantane inntrykk av at summen på 4000 kroner er passe stor. Den er ikkje så liten at ein ikkje bryr seg om han, men heller ikkje så stor at den overskyggjer andre behov.

Ein har i begge sektorane ynskt å fjerne diskusjonar kring økonomi frå den daglege samhandlinga mellom einingane. Økonomi skal diskuterast på overordna nivå. Ein kan frå eit hierarkisk perspektiv sjå dette som eit grep for at vurderingane kring pasientane skal dreie seg om pasientrelaterte og ikkje økonomiske vurderingar.

I samband med dei nye rutinane har *tydelegare og strammare tidsrammer for samhandling* og informasjonsutveksling vorte innført. Frå ein forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet kan ein sjå krava om gjensidig meldingsutveksling som eit ledd i å skape meir likeverd mellom einingane. Begge partar pliktar å bidra til at samhandlinga skjer innan tidsfristane. Samtidig verkar tidsfristane som eit insentiv til å få i gang samhandling mellom partane så tidleg som mogleg, samt å skape ein kontinuerlig dialog om pasienten sine behov og eventuelle endringar i pasienten sine behov. I einingane har ein vore vande med tidsfristar for kommunikasjon frå tidlegare, og har vore bevisste rundt dette over lenger tid. Samtidig opplevast den nye tidsfristen der pasientane helst skal ut med ein gong når dei er utskrivingsklare som ei endring for informantane. Kortare tidsfrist for å gjennomføre oppgåvene pregar samhandlinga.

Ut frå ein hierarkisk variant av det instrumentelle perspektivet kan ein sjå dei nye tidsrammene som eit sterkt verkemiddel for å endre åtferd og endre korleis dei tilsette i helsevesenet tenker omkring samhandling rundt pasientar. Potensialet for at meir og riktigare informasjon enn tidlegare vert utveksla mellom einingane har vorte større, og informantar ved fleire einingar opplevde at dette hadde vorte betre i løpet av året. Instrumentelt sett kan ein sjå dette som eit ledd i å byggje opp under dei nye heilskaplege pasientforløpa, der ein ynskjer å skape meir saumlause tenester for pasientane gjennom auka samhandling mellom dei ulike einingane som er involvert i ein slik prosess.

Valet av lokalt forhandla samarbeidsavtaler mellom einingane kan sjåast som at ein ynskjer å gi rom for fleksibilitet og dermed skape legitimitet for dei løysingane ein har valt. Dette er i tråd med Mosher (1967) sitt argument. Fleire av informantane legg vekt på at sjølv om det har vore utfordrande å forhandle fram dei nye avtalene, er dei endelege løysingane resultat av kompromiss og at alle partar både vann og tapte noko. På den måten har

løysingane fått høg legitimitet i organisasjonane, noko som også spelar inn på at ein ynskjer å etterleve desse i så stor grad som mogleg.

Ut frå ein hierarkisk variant kan ein sjå valet av å gi lokalt handlingsrom som at ein gir frå seg makt til lågareståande nivå. Ein kan dermed få utilsikta konsekvensar knytt til det lokale handlingsrommet, for eksempel knytt til avgrensingar i når på døgnet sjukehusa kan skrive ut pasientar, slik Hals (2012) kjem fram til i sin studie av inngåinga av samarbeidsavtale mellom 21 kommunar og deira lokalsjukehus. Dette punktet var også ei utfordring i begge sektorane eg undersøker, og fleire informantar frå begge typar einingar peika på behovet for lenger opningstider hjå bestillerkontora for å betre kunne tilfredstille sjukehusa sitt behov for å skrive ut pasientar også utanfor det som no er bestillerkontora sine opningstider. Frå eit instrumentelt perspektiv kan ein dermed sjå dette som at dei eksisterande strukturane og det lokale handlingsrommet ein legg opp til hindrar at ein fullt ut oppnår målet om stor fleksibilitet i tidspunkt for utskriving av pasientar.

Innføringa av *elektronisk meldingsutveksling* mellom einingane har vore ein viktig støttefunksjon for å få til rask samhandling mellom einingane. Den elektroniske meldingsutvekslinga er ikkje ein direkte effekt av reforma, men elektronisk samhandling vert sett som ein svært viktig føresetnad for å få til god samhandling mellom dei ulike aktørane i helsevesenet. Innføring av elektronisk meldingsutveksling kan derfor sjåast som eit formålsrasjonelt grep for å betre samhandling mellom einingane i helsevesenet. I tillegg har grepet sideeffektar som skapar positive synergjar i samhandlinga. Frå ein hierarkisk variant av det instrumentelle perspektivet kan ein sjå innføringa av IKT-løysingar i samhandlinga som eit standardiserande element som kan bidra til å sikre at samhandlinga går føre seg meir effektivt og på riktig måte jamfør forskrifta. Ein aukar potensialet for kontroll og gir overordna betre moglegheit for å finne ut kva som har skjedd i samhandlinga, noko også informantar peika på som svært nyttig i samband med usemje i enkeltsaker knytt til betalingsplikt.

Samstundes er det interessant å sjå korleis dei ny elektroniske løysingane i stor grad opplevast som positivt for alle informantane. Det har gjort samhandlinga meir lettvinnt, og dei sparar tid og frustrasjon i samband med samhandlinga. Løysingane er lettvinnt og vert i stor grad oppfatta som brukarvennlege. Ut frå eit instrumentelt perspektiv er det dermed grunn til å sjå innføringa som eit nøytralt, byråkratisk verktøy som ikkje endrar strukturelle forhold i denne samanhengen, som også Heintze & Bretschneider (2000) og Margetts (2012) er inne på. Det har ikkje endra kven som er involvert i samhandlinga eller kva vegar informasjonen

går. Informantane er også i hovudtrekk svært positive til at omfanget og kvaliteten på meldingane som vert sendt, og ser store positive effektar. Likevel ser nokre av informantane at innhaldet i meldingane i større grad bør standardiserast og ein framleis har ein veg å gå når det gjeld kva innhaldet i meldingane skal vere.

Samtidig ser eg at innføringa av elektronisk meldingsutveksling har hatt konsekvensar for den uformelle kontakten mellom einingane. Dei har ikkje så mykje kontakt per telefon og på grunn av tidsfristane har dei tilsette frå bestillereiningane ikkje tid til å gjere så mange vurderingsbesøk som dei skulle ynskje. Meldingsutveksling og møter i samband med vurderingsbesøk er den einaste formelle måten dei tilsette på lågaste nivå har kontakt. Innføringa av elektroniske meldingar kan derfor teoretisk sett ha negative effektar for potensialet for koordinering og dermed for den felles samhandlingskulturen, gjennom utvikling av ulik forståing og handlingsmønster. Dette ser likevel ikkje ut til å vere eit problem i kommunikasjonen mellom einingane på det noverande tidspunktet, dei opplever i stor grad at elektronisk samhandling har gjort at kommunikasjonen vert betre. Ei slik utvikling vil likevel kunne ha negative konsekvensar for å løyse dei utfordringane ein ser i samhandlinga, særleg i samband med at ein har ulikt syn på kva som er bra for pasienten og i kva grad ein opplever seg som likeverdige partar i samhandlinga.

## **Kulturelle endringar**

Samhandlingsreforma er omtala som ei retningsreform, og i det vert det lagt at ein ynskjer å endre korleis ein tenker i helsevesenet. Grep som siktar mot å endre tankesettet til dei tilsette som er involvert i helsevesenet vert derfor viktig for å få til ei slik endring. Korleis dei tilsette tenker og forstår og handlar ut frå kva dei tenker og forstår vert avgjerande for at ein skal kunne få til denne vridinga i haldningar. Ei slik endring vil eg her omtale som kulturell, og eit skifte i slike haldingar kan seie noko om i kva grad reforma har fått fotfeste i organisasjonen.

Kulturelle endringar er ikkje er like tydelege som strukturelle. Samtidig legg ein i reforma opp til direkte grep som skal endre kulturen. Det er dei strukturelle grepa som skal bygge opp under og støtter kulturell endring. Vidare vil eg skissere overordna trekk ved det informantane fortel som tyder på at nokre kulturelle endringar har skjedd som følgje av reforma:

- Informantane forventar at ting skal skje fortare.



- Bevisstgjeriing av sjukepleiarar ved sjukehus om samhandling og å planlegge tidleg.

Som nemnt tidlegare er ein sentral instrumentell føresetnad i reforma at strukturelle endringar kan føre til kulturell endring. Frå eit instrumentelt perspektiv kan ein sjå at dette har begynt å skje i begge sektorane eg undersøker, gjennom at informantane legg vekt på at *ting no skjer fortare og at dei også forventar at dette skal skje*. Instrumentelt kan ein sjå dette i samband med formålsrasjonell handling. Det vert viktig for informantane ved sjukehuset å halde talet på liggedøgn nede for å kunne behandle fleire pasientar, og det vert viktig for informantane i bydelen å ta ut pasientane for å unngå bøter. På den måten har begge einingane fått insentiv for å handle raskt i samband med dei utskrivingssklare pasientane. Dei er avhengige av at det går fort i alle ledd av samhandlinga for å få gjennomført sine målsetningar. Ut frå ein hierarkisk variant av det instrumentelle perspektivet kan ein sjå dette som at det økonomiske insentivet har ført til haldningsendring hjå informantane. Den elektroniske meldingsutvekslinga støtter også opp under dette. Det gjer samhandling mogleg når det passar best for informantane og ein slepp at tid går bort til å vente på telefonar og faksar.

Ut frå eit instrumentelt perspektiv kan ein også sjå den andre kulturelle endringa som eit ledd i å gjennomføre dei målsetningane ein har om å få ned liggetider på sjukehus. Gjennom *tidleg planlegging og informasjonsutveksling*, slik Forskrift om kommunal medfinansiering føreset, aukar sannsynet for at ein får til ei god samhandling kring utskriving. Dette gjeld i samband med at det tidleg vert avklart kva pasienten skal i etterkant og ein på den måten kan motverke problematikken kring å få gitt god nok informasjon til pasientar. Ein kan også gjennom å starte tidleg sørgje for at mest mogleg informasjon om pasient og funksjon vert utveksla, slik at ein kan forsikre seg om at grunnlaget for den tenesta pasienten skal ha i etterkant av sjukehusopphaldet vert riktig vurdert. I samband med at mange av sjukehusinformantane opplevde det som vanskeleg å nå gjennom med sitt syn på kva pasientane treng, kan ei tidleg utveksling av informasjon medverke til at dei får formidla det dei opplever er eit riktigare bilete av pasienten sin situasjon.

Ein kan også tolke denne kulturvridinga som eit uttrykk for at ein tilpassar seg dei nye krava fordi ein ser seg nøydd til det. Ein kan derfor frå ein hierarkisk variant av det instrumentelle perspektivet sjå denne endringa som resultat av krav frå politisk leiing. Samtidig vert det på grunn av den elektroniske meldingsutvekslinga lettare i etterkant å finne ut av kva som har skjedd i samband med utskrivingane, dokumentering vert viktig både for å

ha sitt på det reine, men også som verktøy for å avgjøre konflikter som måtte oppstå i samband med betaling av bøter og liknande, som også vart peikt på i intervjuet.

## 6.2.2 Ei kulturell analyse av endringane

### Strukturelle endringar

Generelt ser ein endring frå eit kulturelt perspektiv som avgrensa av eksisterande normer og verdiar i organisasjonen. Med utgangspunkt i eit klassisk inkrementell tolking vil ein også legge vekt på at endringane er små og i tråd med den eksisterande kulturen (Krasner, 1988). Ein vil altså i motsetning til eit instrumentelt perspektiv, der ein antar at strukturelle endringar kan føre til kulturendringar, anta at kulturen vil legge føringar for korleis dei strukturelle endringane vil verte innført i organisasjonen.

Innføringa av den nye *betalingsplikta* må ut frå eit kulturelt perspektiv sjåast i samband med at ein ynskjer å få til ei haldningsendring. Einingane har over lengre tid hatt betalingsplikt, men denne var som diskutert tidlegare meir retta inn mot straff enn som insentiv til endring. Informantane er derfor vande med at det er ei betalingsplikt, og det er få reaksjonar i negativ retning kring innføringa av den auka summen. Fleire av informantane opplevde at den var passe stor og få av informantane nemnde betalingsplikta som ei utfordring.

Ut frå eit kulturelt perspektiv kan ein sjå dette som at endringa i seg sjølv ikkje opplevast som svært fråvikande i samband med det informantane var vande med frå før, altså at den er i tråd med det informantane opplever som passande, om ein skal nytte March & Olsen (2004) sitt uttrykk. Informantane verkar å godta at ordninga er der, og, som også fleire informantar trekk fram, har ein fått omfordelte middel frå sjukehusa for å dekkje desse døgn. Ordninga opplevast derfor som fleksibel i samband med at ein kan bruke dei omfordelte midla til å dekkje eventuelle bøter ein måtte få, og dette gjer det mogleg å ta pasientomsyn. Ein mogleg grunn til dette er at ein som nemnd tidlegare har valt å fjerne diskusjonar kring betalingsplikt frå det lågaste nivået. Ut i frå eit kulturelt perspektiv kan ein sjå dette som eit grep for å handle i tråd med det som vert oppfatta som passande. Dei personane som til dagleg samhandlar er tilsette med helse- og omsorgsbakgrunn der pasientomsyn står sterkt. Å la diskusjonar om økonomi gå føre seg mellom desse strid mot dei prinsippa dei tilsette i einingane har og påverkar omsynet til pasientane.

Dei nye rutineane med dei nye *tidsrammene* for samhandlinga mellom sjukehus og bydel har ført til at mange av informantane opplever eit tidspress. Fleire opplever at det til tider kan vere vanskeleg å få gjennomført dei oppgåvene ein skal, både i samband med den elektroniske meldingsutvekslinga, men også i samband med å få godt nok grunnlag for vedtak og å få tid til å informere pasientane om kva som skal skje.

Kulturelt sett kan ein sjå at dette strid i mot rolleforståinga til informantane i begge typar einingar. Særleg er tidspresset og konsekvensane dette får for moglegheita til å ta pasientomsyn noko som vert sett som ei utfordring for informantane. Ei mogleg tolking av dette er at det strid mot helse- og omsorgsutdanna personar å setje andre omsyn enn pasientomsyn fyrst, då særleg økonomiske omsyn. Samtidig er fleire av informantane seg bevisste at det er farlegare for pasientane å vere på sjukehus på grunn av infeksjonsfare, noko som gjer at det er vanskeleg for informantane å sjå heilt klare positive eller negative sider av reforma for pasientane.

Om ein ser dette opp mot ein logikk om det passande jamfør March & Olsen (2004), kan ein sjå at informantane på sjukehus har fleire moglege målsettingar dei skal tilfredsstille og fleire ulike identitetar å velje mellom. På den eine sida skal ein vere pasientane sin advokat og sørge for at dei skal få best moglege tenester, samtidig som ein skal tilfredsstille behovet for å gjennomføre tidsrammene ein set opp i forskrifta, som også kan føre til at fleire pasientar enn den eine pasienten kan få behandling. Informantane ved bestillerkontora er også stilt ovanfor ulike målsettingar og identitetar: Dei skal både tilfredsstille kravet om å ta ut pasientane raskt og gjere grundige vurderingar kring dette, samtidig som dei skal ta omsyn til tilbodet ein har tilgjengeleg i bydelen og sørge for at pasientane er informerte og høyrde. Brukarmedverknad og pasientane sine moglegheiter til å verte høyrde og verte godt nok informerte var noko fleire informantar trakk fram som noko som burde bli betre. Ut frå dei utfordringane informantane har tilkjennegjort i intervjuet kan det tyde på at begge partar legg stor vekt på å overhalde tidsfristar i samhandlinga, og at dette i nokre tilfelle går ut over andre omsyn. Dette vart av informantane, særleg på sjukehus, trekt fram som vanskeleg.

Innføringa av det *elektroniske meldesystemet* kan frå eit kulturelt perspektiv opplevast som i tråd med informantane sitt syn på korleis ting bør gjerast. Alle informantane meinte at den elektroniske meldingsutvekslinga hadde ført til at samhandlinga vart meir effektiv og formålstenleg ut frå dei utfordringane dei såg i sin arbeidskvardag. Elektroniske verktøy er ein del av kvardagen til informantane gjennom interne system, og det å få elektronisk kommunikasjon med eksterne aktørar opplevast som naturleg og rasjonelt for informantane.

Den utfordringa flest peikte på i samband med innføringa av den elektroniske meldingsutvekslinga er kva innhaldet i meldingane skal vere, noko som kulturelt kan tolkast ut frå dei ulike einingane sine oppgåver, der sjukehusa i hovudsak behandlar og driv pleie- og omsorg, medan bestillereiningane fordeler tenester basert på funksjon og rehabiliteringspotensial. Eg vil diskutere dette forholdet nærmare under punkt 6.2.3.

## Kulturelle endringar

Den fyrste kulturelle endringa, at ein ser ei endring mot at informantar i alle ledd *no forventar at ting skal skje fortare*, kan sjåast som ei endring i kva som vert oppfatta som passende i samband med dei utskrivingsklare pasientane. Ved sjukehusa er ein i mindre grad villige til å akseptere at pasientane vert liggande lengre enn tidlegare, og ved bestillerkontora vert såkalla «langliggarar» no rekna som noko som unntaksvis skal skje.

Som eg var inne på i diskusjonen av dette under punkt 6.2.1 har ein no innført sterke insentiv for både bydelane og sjukehusa for at pasientane skal verte utskrive til kommunane fortare. Sett frå eit kulturelt perspektiv kan det sjå ut som dette har ført til at ein har endra oppfatning kring kva som er passende, og at det også kan ha utvikla seg ei ny rolleforståing hjå informantane rundt kva som er i passende åtferd i samband med dei utskrivingsklare pasientane. Ei slik forståing kan botne i fleire dimensjonar. For det fyrste vert det oppfatta som passende å vere effektiv i arbeidet. Ei slik forståing ligg tett opp til eit økonomisk rasjonelt argument som diskutert under det instrumentelle perspektivet: Ein etterfølgjer krav ovanfrå. Ein annan dimensjon ved dette er at det ikkje vert oppfatta som passende å utføre arbeidet slik at det fører til bøter. Straffeelementet er framleis til stades. Samtidig kan forventninga om at oppgåvene kan utførast innanfor det tidsrommet ein har sett opp føre til at det i liten grad vert sett som passende å ikkje utføre oppgåvene innanfor det gitte tidsrommet. På den måten vert det å handle raskt ein viktig del av arbeidsbeskrivinga. Som ein av informantane var inne på gjekk ein no bevisst inn for å sikre seg at ein hadde personale som kunne takle det høge tempoet og arbeidspresset, noko som kan vere eit teikn på at haldningane til dei nye tidsrammene har endra seg hjå det bestillerkontoret.

Samtidig er det interessant å sjå denne kulturelle endringa opp mot at informantane også opplever eit tidspress. Særleg vert denne endringa ei utfordring i samband med pasientomsyn, og det er derfor interessant å sjå i kva grad denne nye rolleforståinga om at ein forventar at ting no skjer fort kjem i konflikt med omsynet til å få informert og førebudd pasientane. Informantar i begge typar einingar opplever seg sjølve som «pasientane sin

advokat» og at dei legg stor vekt på pasientomsyn. Denne nye rolleforståinga kan dermed kome i konflikt med pasientomsynet, noko også sitat frå intervjuet viser. Informantane opplever at dei i nokre tilfelle ikkje får tid til å gjere dei vurderingane ein ynskjer og at ein ikkje får tid til å førebu pasientane.

Den andre kulturelle endringa eg identifiserer er at ein har ei *auka bevisstheit kring samhandling og tidleg planlegging* blant informantane ved sjukehusa. Som fleire av informantane var inne på har ein i begge sektorane arbeidd mykje med bevisstgjerings kring samhandling og å få til gode utskrivingar både før, men også i samband med reforma. Sjølv om tidleg planlegging og å tenke samhandling er noko ein har arbeidd med over lengre tid, har dei nye tidsfristane for sending av meldingar ført til at desse har kome meir i framgrunnen. Særleg har den elektroniske meldingsutvekslinga ført til at det er mykje lettare for dei involverte i samhandlinga å gjennomføre samhandlinga kring pasienten, då dei kan ta den opp når det passar dei og at informasjon kan formidlast når ein har tid til det. Sjølv om ein har innført strengare tidsrammer for samhandlinga gjer innføringa av meldingssystemet det likevel lettare å samhandle og er dermed i tråd med det som oppfattast som passende i organisasjonane.

Det verkar som samhandling som ide er i ferd med å verte institusjonalisert inn i organisasjonskulturen til dei to sjukehusa eg har undersøkt, der inntrykket frå intervjuet er at informantane tek omsyn til og tenker samhandling i stor grad. Informantane gir inntrykk av at det vert viktig å tenke samhandling og at dei planlegger og gjer tiltak i forhold til korleis dei skal klare å få til denne på best mogleg måte. Dette gjeld både i samband med å gi eit riktigast mogleg bilete av samhandlinga og i samband med pasientomsyn. Samhandlinga kan dermed sjåast både i forhold til kva dei er forplikta til å gjere, men også at informantane ser at innsats lagt ned i samhandling fører til at ein får oppfylt pasientomsyn samtidig som ein får moglegheit til å behandle fleire.

### **6.2.3 Kulturell modifisering av strukturell endring?**

Frå eit kulturelt perspektiv antar ein at organisasjonar er prega av stivhengigheit og ein passandelogikk som styrer kva tilsette i dei ulike einingane vil oppfatte som passende oppførsel i ulike situasjonar. Eg hadde derfor forventningar til at den eksisterande organisasjonskulturen vil kunne legge føringar for korleis reforma og grepa den fører med seg vil finne feste i organisasjonane. I samband med undersøkingane er det to ting som skil seg ut som distinkte kulturelle trekk ved einingane og som legg føringar for strukturelle endringar:

- Nivåtankegang
- Ulike perspektiv: Pleie- og omsorg mot rehabilitering

Eit av måla med samhandlingsreforma er å motverke *nivåtankegangen* ein finn i helsevesenet og ein ynskjer betre samarbeid mellom einingar for å få til mindre fragmenterte tenester og dermed meir heilskaplege pasientforløp for dei pasientane som har behov tenester frå dei to tenestetilbydarane. Det er likevel to ulike nivå med ulike oppgåver, lovverk og organisering. Særleg endring av oppgåvefordelinga mellom nivåa var noko fleire av informantane ga uttrykk for at var problematisk. Fleire av informantane ved sjukehusa var skeptiske til at dei ikkje hadde moglegheit til å overprøve bestillerkontora dersom dei meinte at det tenestetilbodet bestillerkontoret hadde bestemt, ikkje var det dei ynskte.

Fleire av informantane nemnde legane i denne samanhengen, og at deira mening tel høgt ved sjukehuset. Ein informant fortalte at vedkommande hadde opplevd at vedtak bestillerkontoret hadde gjort om ein pasient ikkje hadde fylgt legen sitt råd. Ut i frå ein stiafhengigheitstankegang jamfør Krasner (1988) kan ein sjå dette som uttrykk for at autoritetshierarkiet innan helsevesenet står sterkt. Tradisjonelt har sjukehusa og legane der hatt ein sterk posisjon, og samtidig gir bruk av ord som «nivå» for å skildre forholdet mellom kommune- og spesialisthelsetenestene assosiasjonar til at nokon er overordna andre. Forskrift om kommunal medfinansiering gir eksplisitt kommunane suverenitet over kva tenester pasientane skal ha etter sjukehusopphaldet og seier at ein ved sjukehuset ikkje skal bestemme eller gi uttrykk for kva for tilbod pasienten skal ha i kommunen etter utskriving. Denne tenkinga gjer at det ut frå eit kulturelt perspektiv kan opplevast som vanskeleg for tilsette ved sjukehus å godta den myndigheita som er gitt kommunane i å bestemme kva pasienten skal etter at han eller ho er ferdigbehandla på sjukehus. Og dette fører til at det oppstår frustrasjon og diskusjonar i tilknytning til avgjerda, noko informantar frå begge typene einingar trekk fram som ei utfordring.

Samtidig kan ein også finne att denne nivåtenkinga hjå nokre av informantane ved bestillerkontora. Eit eksempel på dette er at ein opplever at sjukehuset har manglande tillit til at ein klarer dei oppgåvene kommunane er pålagt i samband med den nye forskrifta. Samtidig peiker fleire informantar frå bydelane på at den nye forskrifta fjerna moglegheita for bydelane til å påverke utskrivingsklaravgjerda frå sjukehuset, noko ein informant opplevde som at bydelane hadde vorte underdanige. Ut frå ein tanke om stiafhengigheit i tråd med Krasner (1988) kan ein dermed forstå nivåtenking og oppgåvefordeling mellom nivå som noko som er rotfesta i organisasjonane. Ein kan dermed tolke kontroversar kring vedtaka om tilbod til

pasientane som uttrykk for at begge partar opplever at dei er fråteke makt over noko dei er vande med å ha kontroll over.

Den andre kulturelle skiljelinja som spelar inn på samarbeidet er at einingane har *ulike perspektiv på kva pasienten treng*. I St.meld. 47 (2008-2009: 13) trekk ein fram desse ulike perspektiva og koplar dei til at kommune- og spesialisthelsetenestene har ulik forståing av kva som er målet for tenestene. Der store delar av spesialisthelsetenestene er retta inn mot å kurere pasientar, er kommunehelsetenestene fokusert på funksjon og mestring. I følgje problemoppfatninga i reforma er dette ei av hovudutfordringane i samhandlinga, fordi det påverkar kommunikasjonen og kva for problemstillingar som vert vektlagt. Denne forståinga gjer seg også gyldig blant informantane, og dei ulike perspektiva er det som i størst grad ser ut til å skape utfordringar i samband med samhandlinga kring pasientar.

Desse perspektiva skapar utfordringar i samband med at einingane vurderer pasientane sine behov ulikt, det er ueinigheit om kva som er det beste for pasienten. I bydelane er ein oppteke av å tenke meir heilskapleg kring pasienten sine behov. Ein er her ikkje så oppteke av diagnosar og av kva som feilar pasienten. Innrettinga mot rehabilitering og moglegheita til å finne att og vinne tilbake funksjon står i høgsetet. For bestillerkontora er det passande å tenke på rehabilitering og gjenvinning av funksjon fordi tenestene i bydelane er retta inn mot dette. For dei tilsette ved sjukehus er diagnosar og behandling viktig, og for dei er det passande å legge vekt på kurative tiltak og pleie og omsorg for pasientane. Bestillerkontora og bydelane kan dermed seiast å ha eit rehabiliteringsperspektiv og sjukehusa eit pleie- og omsorgsperspektiv i samhandlinga om dei utskrivingsklare pasientane. Dei enkelte informantane verkar å i stor grad vere besjela av desse perspektiva.

Ei slik vinkling kan dermed forklare kvifor ein ved sjukehusa ynskjer høgare omsorgsnivå enn ved bestillerkontora. Sjukeheimplass er det som i størst grad tilfredsstiller det dei sjukehusstilsette opplever som mest passande, nemleg å gi pasientane mykje pleie og omsorg. Noko av det same kan spele inn når nokre av informantane ved sjukehuset eigentleg ynskjer å ha pasienten lenger på sjukehus. Det strid mot sjukehusstilsette si rolleforståing å sende frå seg pasientane så tidleg, fordi dei ikkje opplever at tilbod som ligg lågare på omsorgstrappa enn institusjonsplass tilfredsstiller det behovet dei ser for pleie- og omsorg.

Eit anna eksempel på korleis dei ulike perspektiva spelar inn på strukturen utartar seg i den elektroniske meldingsutvekslinga mellom einingane. Fleire av informantane ved bestillerkontora opplevde at det i meldingane ikkje vart lagt nok vekt på dei funksjonsmessige sidene ved pasienten, og at det til tider var utfordrande at ein ved sjukehuset var så oppteke av

det medisinske og av kva diagnose pasienten hadde. Ut i frå ein logikk om det passende kan ein forstå dette som uttrykk for dei forskjellige rollene dei tilsette ved dei ulike einingane har.

## **6.3 Problemstilling 2: Faktiske effektar som følgje av endringane?**

### **6.3.1 Effektar på samarbeid og pasienthandsaming frå eit instrumentelt perspektiv**

Ut i frå eit instrumentelt perspektiv vil ein anta at det er ei tett kopling mellom mål, resultat og effekt. Målsettingane for å innføre reforma var som tidlegare nemnt at ein ynskjer å motverke at pasientane opplever at tenestene er fragmenterte, at ein i for liten grad har fokusert på førebygging og at ein må gjere helsevesenet betre rusta for å handsame eldrebølgje og dei økonomiske utfordringane ein ser kome i samband med dette. Formålet med forskrifta om kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar sikta mot betre arbeidsfordeling mellom nivå, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar for å gi like gode eller betre tilbod i kommunane som i spesialisthelsetenestene. Ein kan dermed grovt sett dele inn målsettingane for kva ein ynskjer å oppnå med kommunal betaling for dei utskrivingsklare pasientane i tre: økonomiske mål, mål om betre samarbeid og mål om å betre tenestene for pasientane. Vidare vil eg diskutere korleis effektane ein ser av reforma og forskrifta så langt får utslag for desse målsettingane. Eg vil legge hovudvekt på kva konsekvensane er for samarbeidet mellom bestillerkontor og sjukehus og vil også diskutere korleis samhandlinga påverkar pasientane.

Med tanke på at begge bydelane har redusert talet på liggedøgn sidan reforma vart innført, noko som også er den generelle effekten ein ser på landsbasis jamfør KS (2012) sin rapport, kan ein frå eit instrumentelt perspektiv anta at tiltaket har hatt stor effekt på målet om *økonomiske effektar*. Dette er om ein ser økonomiske effektar definert smalt som i ein reduksjon i talet på «unødvendige» liggedøgn på sjukehus. Intervjua bekreftar også dette. Tiltaket er det som gjer at ein tek pasientane ut fortare og at ein arbeider for å få til denne prosessen raskt. Dei strukturelle grepa ein har teke har dermed vist seg å ha positiv effekt på måloppnåinga kring dei utskrivingsklare pasientane.

Sidan effekten slo inn umiddelbart etter at reforma vart innført, er det også lite truleg at det er andre grunnar til at dette skulle skje. Innføringa av den elektroniske meldingsutvekslinga har riktig nok hatt positiv effekt i samband med å oppretthalde effekten,



gjennom at det vart enklare for einingane å kommunisere. Men sidan dette ikkje kom fullt med i biletet før om lag halve året var gått, er det rimeleg å anta at innføring av dei nye rutinane og betalingsplikta har vore hovudgrunnen til at ein har klart å oppnå denne effekten. Samtidig verkar det som dei kulturelle endringane eg ser tendensar til også har bidreg positivt i denne samanhengen. Informantane tenker i større grad på samhandling enn tidlegare og er innstilt på at dette er viktig, noko som bidreg positivt til å få oppnå målet om reduksjon i talet på liggedøgn for dei utskrivingsklare pasientane.

*Samarbeidet* mellom kommune og sjukehus er ein av nøklane for å få til målsettinga om reduksjon i liggedøgn for dei utskrivingsklare pasientane. Betre kommunikasjon mellom einingane er essensielt i å få til både kjappe og riktige vedtak for å få pasientane ut av sjukehus og vidare ut til dei kommunale tenestene. Inntrykket frå intervjuet er at samarbeidet mellom einingane har vorte betre etter innføringa av reforma.

For det fyrste opplever informantane at kommunikasjonen mellom einingane er betre og at det skjer meir av han enn tidlegare. Rammene rundt samhandlinga har vorte meir formalisert og mogleg å planlegge ut frå, gjennom at ein i større grad veit når ein kan forvente at meldingane kjem, for eksempel gjennom at ein i den eine sektoren har faste tidspunkt for når ein sjekkar for nye meldingar. Samtidig peiker fleire informantar på at innhaldet i meldingsutvekslingane framleis kan verte betre, og det vart foreslått å innføre tydelegare retningslinjer på kva innhaldet i meldingane skulle vere.

For det andre opplever informantane at ein har redusert konfliktnivået i løpet av året. Denne effekten kan sjåast frå fleire sider. Ein har fått på plass avtaler som regulerer forholdet mellom einingane og kva som er spelereglane. Dette har gjort det tydelegare kvar ansvaret for dei ulike delane av samhandlinga ligg. Med dei lokale samhandlingsavtalene har ein også gitt rom for lokale løysingar, noko som i begge sektorane har resultert i at ein har avgrensa tidsrommet sjukehusa kan skrive ut pasientar i. Ei slik ordning verkar informantane å vere nøgde med, sjølv om resultatet blir at ein ikkje fullt ut får realisert potensialet ved sjukehus. Samtidig kan ein frå ein forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet sjå at framforhandlinga av samarbeidsavtalene og faste rutinar har vore ein medverkande årsak til at konfliktnivået i samhandlinga har gått ned gjennom at løysingane har fått legitimitet i organisasjonane, jamfør Mosher (1967) sitt argument. Den elektroniske meldingsutvekslinga spelar også inn på konfliktnivået: Dokumentasjon aukar potensialet for løysing av konfliktrar og har ført til auka forståing for den andre parten i samhandlinga.

Innleiingsvis presenterte eg ein teoretisk føresetnad om at god samhandling føreset at begge einingane tenker heilskapleg. I tråd med Gulick (1937) vert dette bekrefta. Det vert i intervjuet peikt på kor viktig det er at det fins samhandlingskompetanse ved sjukehusa som har eit overordna blick og som kan bistå i samhandlinga mellom bestillerkontora og sjukehusa ved behov. Sjølv om einingane er organisert ut frå ulike spesialiseringsprinsipp verkar det som tilsette ved begge typar einingar er like interessert i å få til god samhandling og tenker heilskapleg i tenestetilbodet til pasientane. Ut frå eit instrumentelt perspektiv kan ein likevel tenke seg at samhandling som oppgåve utartar seg ulikt for informantar i dei ulike einingane. For informantar ved bestillerkontora er det å gi pasientar og brukarar kommunale tenester ei hovudoppgåve. Ved sjukehusa er hovudoppgåva å behandle pasienten og kurere eller lindre tilstanden pasienten er i. Når dette er utført, har sjukehuset på den måten fullført si hovudoppgåve, og ein kan teoretisk sett dermed tenke seg at samhandling kring pasientane dermed kan opplevast som sekundæroppgåve for dei tilsette ved sjukehus. I mine funn finn eg ikkje slike tendensar. Informantane frå sjukehusa er veldig oppteke av korleis pasientane får det i etterkant av opphaldet, og fleire av informantane trekk fram samhandling og å få til god kommunikasjon der ein sørgjer for å ta vare på pasientane i størst mogleg grad som ein viktig del av arbeidsdagen.

Som eg var inne på tidlegare opplever informantane diskusjonar knytt til at einingane har ei ulik tilnærming til kva dei meiner er det beste med pasienten. Like fullt meiner eg at det likevel ligg ein heilskapleg tankegang bak. Sjølv om informantane har ulik formeining om kva som vil vere det beste tilbodet til pasientane har ein same mål: At pasientane skal kome seg att etter det dei har vore innlagt for. Ut frå eit instrumentelt perspektiv er det mogleg å tolke denne forskjellen som ein konsekvens av at einingane er ulikt spesialisert. Oppgåvene dei ulike einingane har, vil på den måten spele inn på at ein tenker ulikt kring kva som er bra for pasienten.

I samband med reforma si fyrste målsetting om mindre fragmenterte tenester for *pasientane* er biletet meir samansett. Inntrykket at ein ikkje oppnår så store effektar i samband med å redusere fragmenteringa i helsetenestene for pasientane og ha betre overgangar mellom spesialist- og kommunehelseteneste. Ei side ved dette er at mykje av potensiale alt var realisert i sektorane eg har undersøkt gjennom at dei har arbeidd med samhandling over mange år. Ein har på den måten hatt strukturar på plass som har skapt faste rammer for korleis einingane skal kommunisere. Oppgåvefordeling mellom sjukehus, bestillerkontor og utførarside i dei kommunale tenestene har over lengre tid vore fast, og ein har ikkje endra på

dette etter innføringa av reforma. Det at desse har ligge fast har derfor ført til at ein i desse sektorane ikkje har gjort endringar i samband med reforma som bidrar i retning av mindre fragmentering på tenestene, i tydinga betre koordinering og mindre innretting mot deltenester. Til ein viss grad kan ein si at den elektroniske meldingsutvekslinga har bidratt til at ein likevel ser ei betring i samarbeidet mellom einingane når det gjeld fragmenteringsspørsmålet. Men dette er i samband med samarbeidet og at det går fortare og enklare.

Det kan verke som effektane for pasientane på grunn av innføringa av dei dei nye rutinane har ført med seg utilsikta effektar, noko som er ein medverkande årsak til at dei aller fleste informantane var ambivalente eller dels negative til korleis reforma påverka pasientane. I hovudsak vert det nye tidspresset trekt fram som lite formålstenleg for pasientane, då det fører til at ein ikkje får formidla informasjon til pasientane i godt nok omfang i følge informantane. Samtidig opplever ein at pasientane vert sendt til fleire mellompostar før dei når endeleg opphaldsstad, noko som i stor grad kan seiast å stå i motsetnad til ynsket om mindre fragmenterte tenester for pasientane, samt intensjonen om at ein skal ha ei klarare pasientrolle der pasientane opplever kontinuitet og heilskaplegheit i tilbodet. Som informantane la vekt på er behovet for å få kommunisert godt nok til pasientane kva dei skal og å inkludere pasientane i prosessen stort.

Samtidig er effektane av betalingsplikta og dei nye tidsrammene i stor grad det ein har intendert frå leiinga si side. Bydelane tar ut pasientane fortare og sjukehusa får dermed moglegheit til å behandle fleire. Sjølv om nokre av informantane forstår denne sida ved reforma, er det likevel i hovudsak usemje om i kva grad det er økonomiske eller pasientmessige omsyn som er det viktige. Fleire av informantane trakk fram at ein opplevde at konsekvensane av reforma så langt mykje handla om at ein legg økonomisk rasjonalitet i botnen for vurderingar og at dette går på kostnad av pasientomsyn. Informantane ser at det er positive effektar ved at pasientane kjem ut tidlegare, men problema oppstår når det er usemje kring kva tilbod pasientane skal få i etterkant av opphaldet. Fleire informantar ved sjukehus opplevde at økonomi styrer kva tilbod pasientane får og ikkje pasientomsyn. Og slik er det også mogleg å sjå at betalingsplikta er intendert å fungere. Inntrykket er at tiltaket om dei utskrivingsklare pasientane i fyrste hand er retta inn mot dei økonomiske aspekta ved reforma, og at dette tiltaket i hovudsak ikkje er meint å vere retta mot at pasientane skal få det betre.

### 6.3.2 Effektar på samarbeid og pasienthandsaming frå eit kulturelt perspektiv

Frå eit kulturelt perspektiv vil ein anta at eksisterande kultur avgrensar rommet for handling og ein vil anta at det anten vil skje ei treg tilpassing eller at reformene vert støytt frå organisasjonen (Christensen et al., 2009: 174). Ein antek at det er ei laus kopling mellom vedtak, iverksetjing og resultat dersom nye strukturar og tiltak ikkje samsvarar med den eksisterande organisasjonskulturen. Eg vil fyrst diskutere korleis effektane på samarbeid og pasienthandsaming vert påverka av den eksisterande kulturen før eg vil gjere ei tidleg vurdering av kva type endring ein ser eller kan forvente å sjå jamfør Streeck & Thelen (2005) sine fire typar institusjonelle endringar som omtala i kapittel 2.3.

I diskusjonen under punkt 6.2.3 identifiserte eg sider ved dei eksisterande organisasjonskulturane som bidrog til at ein opplever utfordringar i å oppnå dei målsettingane ein ynskjer. Eg peikte her på nivåtenking og ulik tankegang hjå einingane som faktorar som hadde negativ innverknad på måloppnåing. Desse spelar inn på *samarbeidet* i særleg grad når det gjeld diskusjonar kring vedtak om kva pasienten skal i etterkant av opphaldet. Nivåtenking fører til at sjølv om det er klart definert i forskrifta kven som har ansvar for kva, gjer likevel den tradisjonelle autoritetstenkinga seg gjeldande i ein slik grad at informantar i begge einingar ikkje føler at dei får påverka den andre parten i den retninga dei ynskjer: I sjukehusa ved at dei ikkje har myndigheit til å påverke tilbod i etterkant, og ved bestillerkontora på grunn av at dei ikkje kan protestere i samband med at pasienten vert erklært utskrivingsklar.

Konsekvensane av dette for samarbeidet er at det i nokon grad hindrar god samhandling. Som nokre av informantane på sjukehus nemnde vert det eit poeng å formidle informasjon som kan bidra til å skaffe det som i følgje dei er dei «riktige» tenestene for pasientane, og dette påverkar meldingane dei sender mellom einingane. Samtidig opplevde fleire av informantane på sjukehus, dette gjaldt personar i sjukepleiarstillingar, at dei var i skvis mellom lege, pasient og bestillerkontor. Dei opplevde at deira meining ikkje vart hørt i samband med vedtaka om tenester i etterkant av sjukehusopphaldet, noko som er opplevast frusterande. Informantane opplevde at dei har mest kunnskap om pasienten fordi dei ser han dagleg under opphaldet og har vorte kjent med både pasient og pårørarande. Ein kan på den måten sjå at nivåtenkinga hindrar full realisering av målet om betre arbeidsfordeling mellom nivå, så lenge informantane ved sjukehus har vanskeleg for å godta at bydelane bestemmer kva tilbod pasientane skal få i etterkant.

Den andre kulturelle faktoren som legg føringar for reforma er at ein ved dei ulike einingane har ulike oppfatningar om kva pasientane treng. Dette er det som i størst grad skapar utfordringar i samarbeidet mellom einingane. Informantane forstår at dei har ulikt syn på kva som er viktig for pasientane, gjennom at bestillerkontora i hovudsak fokuserer på i funksjon og ein ved sjukehusa er oppteke av diagnose, behandling og pleie. Dette gjer utslag i kommunikasjonen og at ein i den eine sektoren ikkje har fullt ut får realisert moglegheitene den elektroniske meldingsutvekslinga gir til å agere kjappare. Informantane ved det eine bestillerkontoret peiker på at ein må bruk mykje tid på å sende ekstrameldingar som kunne vore unngått dersom dei fyrste meldingane hadde inneheldt den informasjonen bestillerkontora behøver. Samtidig vert behovet for meir standardiserte meldingar trekt fram i den andre sektoren.

Det verkar som dette i nokon grad kan utbetrast fordi problemet er at ein ikkje har nok kunnskapar om den andre parten. Informantar frå sjukehus peikte på svært forskjellige rutinar og kva tilbod pasientane vert tilbydd i dei ulike bydelane, noko som for dei gjer det vanskeleg å orientere seg og vite kva som ventar pasientane. Tilsette ved bestillerkontor peikte også på at dei opplever at sjukehusa ikkje kan nok om det tilbodet dei har. Konsekvensane av dette vert at ein ikkje får formidla nok informasjon til pasientane og dermed ikkje føler at ein får teke nok omsyn til dei i situasjonen kring utskriving.

Samtidig vert denne konflikten forverra av det auka tidspresset ein no opplever kring dei utskrivingsklare pasientane. Informantane rekk i mange tilfelle ikkje å få gjennomført samhandlingsoppgåvene i like stort omfang som dei skulle ynskje, det vere seg vurderingsbesøk på sjukehus, formidle god nok informasjon i den elektroniske meldingsutvekslinga eller få tid til å informere og involvere pasientane i kva som skal skje vidare. Av den grunn opplever informantane tidspresset som vanskeleg å takle, og at dei ved å ikkje få oppfylt samhandlingsoppgåvene som nemnt over føler at ein i nokre tilfelle ikkje får gjort jobben sin ordentleg. Dette strid mot både omsynet til pasientane, men også mot normer og verdiar knytt til å oppfylle samhandlingsforpliktingar.

Det er likevel teikn som tydar på at det også er deler av reforma som kan sjåast å vere i takt med dei eksisterande normene og verdiane i dei einingane eg studerer. I særleg grad ser ein at samhandling som både ide og handlemåte i større grad får plass og vert framheva av informantane. Samhandling kan dermed seiast å ha vorte institusjonalisert inn i dei ulike einingane: Den vert ein del av det daglege arbeidet og ein ser positive effektar av å samarbeide med andre einingar om å gi pasientane eit godt tilbod i heile prosessen. På den

måten er det mogleg å tolke dette som at informantane legg til botn ei meir heilskapleg forståing av samhandling kring pasientane, eller meir heilskaplege pasientforløp, og at ein dermed kan sjå at ein er eit steg i riktig retning når det gjeld å få til mindre fragmenterte tenester for pasientane.

Når det gjeld effektar for *pasientane* kan ein frå eit kulturelt perspektiv sjå at desse i stor grad ikkje er i tråd med normene og verdiane i verken tilsette ved sjukehus eller bestillerkontor. Dette er i hovudsak knytt til at informantane ikkje opplever at ein får tid til å førebu pasientane på kva som skal skje etter at dei vert skrive ut, noko som særleg vart trekt fram som eit problem for eldre pasientar som ofte er utrygge på å reise heim etter opphaldet på sjukehus var over. Ved bestillerkontora var det også fleire som peikte på at nokre pasientar må innom fleire ulike tilbod før dei kjem til det tilbodet ein eigentleg har gjort vedtak om ved bestillerkontoret.

Ein kan særleg sjå ei konflikt mellom pasientomsyn og økonomiske omsyn, der det å handle rasjonelt ut frå det eg har omtala som økonomiske mål, nemleg å vere fokusert på å redusere talet på liggedøgn eller å unngå å få bøter, vert ståande i eit konfliktforhold til omsynet til pasientane. Informantane opplever at ein ikkje rekk å ta omsyn til pasientane og som ein informant var inne på, at ein ikkje ynskjer å sende frå seg pasientane så tidleg frå sjukehus. Igjen kan ein til ein viss grad knytte dette til kunnskapsmangel om tilbod i bydelane og usikkerheit knytt til kva vurdering den enkelte bydel vil gjere. Samtidig kan ein sjå denne kjensla av å ikkje få tatt nok omsyn til pasientane som eit utslag av pleie- og omsorgsverdiar hjå informantar i begge einingar.

Det at informantane opplever at reforma i hovudsak er retta mot å oppnå økonomiske målsettingar og ikkje gjere det betre for pasientane er ein indikasjon på kulturell motstand mot dei grepa ein legg opp til i reforma. Informantar frå begge typar einingar er svært bevisste kring pasientane si stilling etter innføringa av reforma. Dette er både i samband med pragmatismen knytt til når dei tek pasientane ut, samt at ein ved sjukehusa ynskjer å behalde pasientane lenger. Det at pasientomsynet får utslag i slike handlingar kan verte eit problem knytt til full realisering av dei økonomiske målsetningane i reforma.

Likevel er ikkje informantane berre negative til korleis pasientane har fått det etter innføringa av reforma. I begge typar einingar ser ein det som positivt at pasientane kjem fort ut av sjukehus i samband med at dei då slepp unna moglege sjukehusinfeksjonar. Tidleg utskriving til kommunen gjer at pasientane også kan kome fort i gang med rehabilitering og opptrening etter sjukehusopphaldet. Pasientomsynet har dermed fleire sider som gjer at ein

kan legitimere tiltaka. På den måten kan ein forstå ambivalensen kring kva konsekvensar informantane meiner reforma får for pasientane ut frå at dei nyttar ulike tolkingar av kva som er det beste for pasienten.

Korleis kan ein då beskrive dei effektane ein ser av endringane? Streeck & Thelen (2005) sitt rammeverk for institusjonell endring set opp fire ulike typar: klassisk inkrementell endring, gradvis fundamental endring, radikal endring som raskt vil gå tilbake til gamle handlingsmønster og til slutt plutselig radikal endring. Som diskutert tidlegare er både intensjonen med reforma og det faktiske utkomme av ho i sektorane eg undersøker at dei strukturelle endringane som følgje av reforma er små. Ein har i større grad søkt å endre kulturen i helse- og omsorgsvesenet, noko eg opplever at ein i viss grad ser teikn på at har skjedd. Samstundes ber endringane ein opplever i sektorane preg av å vere resultat av fokus på samhandling mellom einingane over lengre tid, og på det viset er det freistande å sjå endringane som inkrementelle og i tråd med den eksisterande kulturen i organisasjonane. Samhandling inngår no i stor grad i informantane sin logikk om det passande, og ein ser samhandlingsoppgåvene som viktige og i tråd med normer og verdiar ein alt finn i organisasjonane.

Samtidig er det teikn som tyder på at det har skjedd ei fundamental endring kring korleis informantane tenker kring tidsrammene reforma fører med seg. Den kortare tidsfristen kan seiast å representere eit brot med korleis ein før har tenkt når det gjeld å få ut pasientane, på tross av at dette tidspresset har uheldige konsekvensar for pasientane. Tidspresset bryt med ein del av kjerneverdiane til informantane når det gjeld pasientomsyn, med det verkar likevel som det gir gjenklang i andre verdiar som er viktige for informantane: Effektivitet og moglegheit til å behandle fleire for sjukehusinformantane og effektivitet og økonomiske omsyn i form av å unngå bøter for informantane frå bestillerkontora.

Ut frå ein passandelogikk kan ein forstå dette som at informantane balanserer ulike roller eller identitetar. Ein kan sjå dette som ei avveging mellom å følgje formelle reglar og å ta pasientomsyn der ein vert nøydt til å ta mest omsyn til formelle reglar. Nokon gonger med det informantane opplever som negative følgjer for pasientane. Ein kan då sjå at dei nye rutinane og reglane forskrifta bringer med seg vert implementert i organisasjonen på toppen av det som allereie eksisterer, det Streeck & Thelen (2005) omtalar som *layering*. Dei får eit ekstra omsyn å ta i samband med samhandlinga. Samtidig har ein hatt tidsfristar og betalingsplikt tidlegare, og sjølv om desse ikkje har vore like strenge som dei nye reglane, er ikkje verken betalingsplikt eller tidsfristar ukjent for informantane. Når ein likevel ser ei

endring i haldningane til informantane, er det grunn til å tru at ein kan tolke endringane som gradvise, men fundamentale.

Men i kva grad kan ein vente at endringane kjem til å vare? Vil endringane og effektane ein opplever vere kortvarige og føre til at ein havnar tilbake til slik ein gjorde ting før? Jamfør figur 4.5 på side 48 ser ein ei liten oppsving i talet på liggedøgn for ein del av bydelane. Sjølv om dette ikkje gjeld bydelane eg har undersøkt, er den generelle tendensen interessant. Helseøkonom Terje P. Hagen (2013) meiner at dette i nokon grad kan kome av at kommunar og bydelar vert meir skeptiske til kven dei tek heim, og at dette valet er basert på økonomisk grunnlag, der pasientar som er forventa å verte svært kostnadskrevjande vert liggande på sjukehus. Eg observerer ikkje slike tendensar i dei bydelane eg undersøker si tenking kring dei pasientane som til no er omfatta av betalingsplikta. Men om dette er den vidare utviklinga, at kommunar og bydelar spekulerer i kor lønsame dei utskrivingsklare pasientane er, vil dette kunne føre til at haldningane til samhandling vil endre seg. Ein vil kunne få ei utvikling der pasientane ligg lenge på sjukehus etter at dei er erklært utskrivingsklare, slik dei i mange tilfelle gjorde tidlegare. Ei slik utvikling vil bryte med intensjonane i reforma og er dermed ei svært uønska utvikling.



# 7 Oppsummering og konkluderande merknader

## 7.1 Hovudfunn

Denne studien har belyst korleis samhandlingsreforma og den nye kommunale betalingsplikta for utskrivingsklare pasientar har påverka samarbeidet mellom nokre bydelar og deira lokalsjukehus i Oslo. Målsettinga med studien har vore å sjå i kva grad og korleis reforma får konsekvensar for samhandling kring utskrivingsklare pasientar. Eg har identifisert strukturelle og kulturelle endringar i denne samhandlinga og har analysert desse i lys av instrumentell og institusjonell teori. Vidare vil eg summere opp hovudfunna i studien og sjå kva implikasjonar desse funna får for det vidare samarbeidet. Eg vil også identifisere tiltak som kanskje kan bidra til å redusere konsekvensane av dei utfordringane informantane har peikt på.

Overordna sett uttrykker informantane ei positiv haldning til ideane og målsettingane i reforma. Dei ser fordelar med at spesialisthelsetenestene skal nytte sin spesialistkompetanse og at kommunane får meir ansvar og fleire oppgåver. I samband med dei utskrivingsklare pasientane er dei aller fleste også einige i at det ikkje er nokon grunn til at pasientar treng å ligge på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla.

Ut frå eit instrumentelt perspektiv kan ein seie at fleire av målsettingane ein ynskte å oppnå med å innføre betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar så langt er godt på veg til å verte oppfylte i dei sektorane eg har undersøkt. Desse er også gjennomført utan å gjere store endringar i den eksisterande strukturen i einingane, som også er eit av grunnpremissa i reforma. Både i Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor har ein kome langt i å byggje opp rammer for samhandling og verkar å ha system som fungerer godt og er forankra i alle nivå av organisasjonane. Dei strukturelle hovudgrepa som har vorte tatt i dei sektorane eg har undersøkt er:

- Innføring av nytt regelverk med Forskrift om kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasientar, der ein innfører den nye *betalingsplikta*.
- Nye rutinar for samhandling mellom sjukehusa og bydelane med innføring av dei nye *tidsrammene*.
- Innføring av *elektronisk meldingsutveksling* mellom einingane.

Gjennom å innføre ei dyrare betalingsplikt med kortare tidsfristar for bydelane har ein klart å oppnå at bydelane har tatt i mot pasientane fortare. Ein har dermed redusert talet på liggedøgn for utskrivingsklare pasientar. Innføring av elektronisk meldingsutveksling i løpet av våren 2012 hadde svært positive effektar for samarbeidet og har bidrege til å redusere konfliktrar i begge sektorane. Ut frå ein forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet kan ein sjå fridomen gitt gjennom rommet for å utarbeide eigne samarbeidsavtaler som positivt. Desse gjer at løysingane får legitimitet og dermed større oppslutnad blant dei tilsette. Frå eit kulturelt perspektiv kan ein sjå desse endringane som inkrementelle, jamfør at ein var kjent med både betalingsplikt og tidsrammer for samhandling frå tidlegare. På den måten kan ein sjå at ein i utgangspunktet ikkje opplever nokon av tiltaka som heilt framande. Endringane har likevel fått ganske store rammeverknader for samarbeidet mellom einingane. Dette gjeld særleg i samband med at ein opplever stort tidspress på å få gjennomført samhandlinga innanfor det tidsrommet Forskrift om kommunal medfinansiering sett opp.

Elektronisk meldingsutveksling vart ikkje innført som ein direkte konsekvens av sjølvve reforma, men som ein del av eit generelt arbeid med å få til gode elektroniske samhandlingsløysingar for helsevesenet. Det er likevel grunn til å trekke fram den betydelege rolla innføringa av meldingsutvekslinga har hatt i å få til samarbeidet om dei utskrivingsklare pasientane. Alle informantane var svært positive til å ha fått på plass desse løysingane som erstatning for tidkrevjande og frustrerande venting i telefonar og bruk av telefaks. Sjølv om fleire av informantane peikte på at ein framleis hadde ein del å hente på det innhaldsmessige i meldingsutvekslinga, var likevel alle positive til at ein hadde fått løysingane på plass. Dette gjaldt særleg i samband med konflikthandsaming, både kring saker som omhandla betalingsplikt eller ikkje, men også som ein generell betring av kommunikasjonen som har ført til klarare beskjedar, betre forståing og meir kunnskapar om parten ein samhandlar med. Innføringa av elektronisk meldingsutveksling har dermed hatt ein svært positiv verknad på samarbeidet mellom einingane, og eg observerer ikkje at ein har fått negative effektar knytt til mindre uformell kontakt mellom einingane.

Eg observerer også kulturelle endringar i einingane eg har undersøkt. Særleg to forhold er interessante her:

- Informantane forventar at ting skal skje fortare.
- Bevisstgjerjing av sjukepleiarar ved sjukehus om samhandling og å planlegge tidleg.

Frå eit instrumentelt synspunkt kan det verke som ein har oppnådd ein del av dei kulturelle endringane ein siktar til som eit av hovudmålsettingane i reforma. Dei kulturelle endringane gir seg utslag i at informantane har gitt uttrykk for at dei i større grad er seg bevisste samhandling, samt at det no er ei norm å vere effektiv og kjapp i samhandlinga kring pasientane. Desse kulturelle endringane kan sjåast som resultat av to ulike prosessar. For det fyrste har ein i alle einingane eg har undersøkt hatt fokus på samhandling over lengre tid. Ein har dermed lagt ned mykje arbeid i å få til gode samhandlingsrutinar, strukturar og kommunikasjonsmønster i forkant av innføringa av reforma. På den måten er ikkje samhandling noko heilt nytt for dei tilsette i einingane eg har undersøkt. Samhandling kan dermed seiast å ha vorte ein del av institusjonane sine normer og verdiar, om ein ser det frå eit kulturelt perspektiv. For det andre har innføringa av reforma revitalisert og aktualisert dette arbeidet, og dette har nok vore ein medverkande årsak til at ein ser endringa knytt til at ein no forventar at ting skal skje fortare.

Men det er også faktorar ved organisasjonskulturane som bidreg i negativ retning når det gjeld i full grad å oppnå dei målsettingane ein har i reforma. For det fyrste verkar den klassisk hierarkiske nivåtenkinga mellom kommune- og spesialisthelsetenestene framleis å stå sterkt. Det same gjeld tradisjonell oppgåvefordeling og kven som har ansvar for kva. Her føler informantar frå begge typar einingar seg som «underdanige» i tydinga at dei ikkje har innverknad på vedtak. For bestillerkontora fordi dei ikkje kan klage på vedtaket om at pasienten er utskrivingsklar, for sjukehusa fordi dei ikkje kan påverke vedtak om kva pasienten skal få av tilbod i bydelane.

Den siste utfordringa har også ein annan dimensjon. Det har utmerka seg ein ganske distinkt forskjell i korleis informantane ved høvesvis sjukehus og bestillerkontora tenker kring pasientane. Ved sjukehusa har ein eit ganske utprega pleie- og omsorgsperspektiv og i bydelane og bestillerkontora eit rehabiliteringsperspektiv. Dette fører til at ein opplever konflikhtar knytt til kva tenester dei ulike einingane meiner at pasienten treng og bør ha. Ein slik kulturell forskjell har også ein instrumentell dimensjon, einingane har ulike organisatoriske spesialiseringar og ulike oppgåver. På den måten kan ein sjå at også kva som er kjerneoppgåvene for dei to typane einingar spelar inn på kva tilbod dei meiner pasientane treng.

Reforma har også fått konsekvensar for dei utskrivingsklare pasientane. Dei fleste informantane var anten ambivalente eller dels negative til korleis reforma påverka pasientane. I hovudsak opplever dei at sjølv om dei er einige i at det er positive sider ved at pasientane

kjem ut fortare, som mindre fare for infeksjon og hurtigare oppstart av rehabilitering, skapar tidsrammene stress og usikkerheit for pasientane. I tillegg fører tidspresset til at enkelte pasientar må innom fleire ulike tilbod før dei får det tilbodet bydelen har gjort vedtak om, noko som kan vere svært krevjande for særleg eldre pasientar som nettopp har vore gjennom behandling.

I tilknytning til pasientane kan ein også sjå at ulike målsettingar ved reforma i står i motsetnad til kvarandre. Den økonomiske rasjonaliteten som uttrykt i reforma legg vekt på at pasientane skal hurtig over frå spesialist- til kommunehelsetenestene for å realisere mål om kostnadseffektivitet og reduksjon i talet på liggedøgn. Dette krasjar med andre mål i reforma som kan seiast å gå meir på rasjonalitet knytt til utøving av pleie- og omsorg. Reforma legg vekt på begge delar, medan informantane i ulik grad er engasjert i eller oppteke av dei økonomiske sidene ved reforma. Ein godtar premissen om at ein må spare pengar, men for fleire av informantane står det i skarp kontrast til den rasjonaliteten dei styrer etter, som handlar om korleis ein kan gi eit best mogleg tilbod til pasientane.

## 7.2 Implikasjonar av funna

Ein vesentlig grunn til at ein ser dei kulturelle endringane i einingane eg har studert er at mange av strukturane Forskrift om kommunal medfinansiering (2011) og reforma fører med seg alt var på plass i sektorane. I tillegg til at ein har arbeidd med samhandling i einingane lenge, låg vegen dermed ganske open for å ta inn over seg dei tiltaka reforma førte med seg. På den måten kan ein sjå at mykje av grunnen til at ein ser eit såpass høgt samsvar mellom målsettingane i reforma og kva ein har oppnådd i einingane i stor grad kjem av at både strukturelle og institusjonelle forhold alt låg til rette for at dette kunne skje. Einingane kan derfor sjåast som bilete på korleis ting kan verte også andre stadar når ein har arbeidd med tettare samhandling og meldingsutveksling over lengre tid.

Kor viktig den elektroniske meldingsutvekslinga har vore i samband med innføringa av reforma må ikkje undervurderast. Ein har behov for å ha formålstenlege løysingar som kan bidra til at ein kan gjennomføre samhandlinga utan at det går ut over andre oppgåver, samtidig som ein sørgjer for å overhalde tidsfristane ein sett i forskrifta. Elektroniske løysingar har dermed spelt ei særskild viktig rolle i å få til balansen mellom desse behova. Dette er viktig i høve til innføring av samhandlingsreforma på landsbasis. Effektive løysingar for kommunikasjon er viktig å ha. Med tanke på at særleg dei sjukehusstilsette som skal

kombinere samhandlinga med stell og behandling av pasientane var så positive, kan dette også tenkast å ha relevans ut over dei sektorane eg har undersøkt. Dette gjeld særleg i kommunar der ein ikkje har ordning med eigne bestillerkontor, der samhandlinga vert handsama av kommunalt pleie- og omsorgspersonale som i likskap med dei sjukehusstilsette skal kombinere samhandling med andre pleie- og omsorgsoppgåver. Potensiale for ei meir effektiv og formålstenleg utføring av oppgåvene er dermed til stades om ein får realisert elektroniske løysingar fullt ut. Det same gjeld det ein no arbeider med i Oslo: Å få fastlegane over på dei same elektroniske løysingane som ein brukar mellom bydelar og sjukehus. Funna frå denne studien bekreftar kor viktig slike løysingar er for å få til god samhandling mellom dei ulike einingane i helsevesenet.

Eit vesentleg trekk ved effektane av reforma så langt er den konflikten eg opplever finns mellom økonomiske og pasientrelaterte målsettingar. Det opplevast som på sin plass å setje spørjeteikn ved i kva grad reforma faktisk inneberer verkemiddel som kan føre til betre pasienthandsaming, eller om verkemidla i all hovudsak er meint å vere retta inn mot økonomiske innsparingar. Likevel må ein hugse på at reforma ikkje fullt ut er realisert. Ein har framleis ikkje fullt ut bygt opp dei andre tenestene ein sett opp i reforma, for eksempel lokalmedisinske senter. Og ein har heller ikkje sett fruktene av den kommunale medfinansieringa og folkehelsearbeidet ein legg opp til at kommunane skal ha.

Tiltaka knytt til dei utskrivingsklare pasientar er berre ein del av reforma og når ein får oppbygt betre tilbod i kommunane i samband med lokalmedisinske senter og forsterka sjukeheimar, vil dette kunne ha positive effektar for pasientane. Dette vil særleg gjelde eldre med lang reiseveg til sjukehus, der behandling i nærområdet vil vere ei mindre påkjenning for pasientane. For Oslo kommune er kanskje ikkje dette dei mest tungvegande omsyna, der pasientane har rimeleg kort reiseveg til sitt lokalsjukehus. Men det er likevel mogleg å tenke seg at pasientgevinstar kan realiserast gjennom at ein forsterkar samarbeidet mellom sjukehus og bydel gjennom tettare kommunikasjon mellom einingane. Eit eksempel på dette kan vere at legane på sjukehus i større grad er tilgjengelege for telefonkonsultasjonar for sjukeheimslegar, noko som vart føreslått av fleire informantar. Slike tiltak vil også kunne bidra til å hindre innleggingar på sjukehus, noko som både er kostnadseffektivt og gjer at sjuke pasientar slepp og flyttast. Slike alternative løysingar framstår som ein nødvendig føresetnad for at ein skal hindre såkalla unødvendige innleggingar på sjukehus.

## 7.3 Tiltak for betre samhandling og vegen vidare

Samtidig som eg opplever at ein har kome langt i samhandlinga mellom einingane i begge sektorane eg undersøker er det framleis utfordringar knytt samhandlinga. Etter å ha gjennomført studien er mitt syn at desse utfordringane både er av strukturell og kulturell karakter.

For det fyrste ser det ut til å vere eit behov for å *utvide opningstider ved bestillerkontora*. Dette vil både kunne avhjelpe sjukehusa med å få pasientane ut fortare, men også for å lette tidspresset i løpet av arbeidsdagen. For at ei skal kunne oppnå måla om dei utskrivingsklare pasientane i form av så få liggedøgn som mogleg på sjukehus må kommunane vere i stand til å ta ut pasientane større delar av døgnet. Dette var noko fleire av informantane signaliserte at var ein aktuell utviklingsveg i framtidige reforhandlingar i samarbeidsavtalene.

Det er også behov for *meir kunnskapar om den andre parten i samarbeidet*. I særleg grad gjeld dette tilsette ved sjukehus sin kompetanse om kva tilbod i bydelen inneberer. Dette vil kunne bidra til å redusere konflikhtar knytt til vedtaka om kva pasienten skal få tilbod om i etterkant av opphaldet. Noko av grunnen til denne konflikten er, som informantane var inne på, for lite kunnskap blant tilsette ved sjukehus om kva tilboda i bydelen faktisk går ut på. Dette kan i kombinasjon med ei medieskapt røynd vere medverkande til at ein får konflikhtar kring vedtak om tilbod i etterkant av sjukehusopphald. Læring om og av kvarandre er ein vesentleg del av det å skulle redusere dei utfordringane ein ser.

Ei anna utfordring som var trekt fram var kva dei elektroniske meldingane skal innehalde. Dette var ei utfordring for begge typar einingar. Sjølv om ein ser at dette har betra seg noko, har ein framleis mykje å hente når det gjeld å få til klar kommunikasjon mellom einingane. *Meir standardiserte meldingar* vil kunne verke positivt i den retninga, då dette vil kunne bidra til å sikre at all informasjon som dei ulike einingane treng vert hugsa og inkludert i meldingane som vert sendt.

Potensiale for endå større kulturell og strukturelle endringar burde vere bra med tanke på at det ikkje er store grep ein gjer samanlikna med det ein har gjort frå før. Samtidig er det trekk ved einingane og organisasjonskulturen som må forsøkast arbeide med for å skape meir endring i einingane. Særleg er nivåtankegangen sterk, det same gjeld dei ibuande forskjellane i kva perspektiv knytt til kva ein meiner pasienten treng. Det er stor forskjell i kva dei ulike einingane ser som bra, og pleie- og omsorgsperspektivet står i ganske skarp kontrast til rehabiliteringsperspektivet. Innsats bør rettast inn mot å gi meir kunnskapar om kva tilbod

som fins i bydelane, og, som fleire av informantane var inne på, ein endå betre elektronisk kommunikasjon. Denne har bidrege både til at einingane forstår kvarandre betre og at informasjonsutvekslinga er meir formålstenleg både i samband med tidsbruk og at kommunikasjonen kan gå føre seg når det passar for dei.

Det viser seg at den auka effektiviteten ikkje betyr at pasientane får det noko særleg betre. Eit viktig premiss her er at tenester i kommunane vert bygt opp etter kvart, men sjølv om dette er tilfellet, så vil likevel farten ut frå sjukehus fortsatt vere høg. Det kan verke som at ein i tilfellet med dei utskrivingsklare pasientane i hovudsak har lagt opp til realisering av økonomiske målsettingar, og ikkje dei løyse utfordringa med at pasientane opplever for fragmenterte tenester.

Ein informant uttrykte at reforma er ein del av ein generell tendens i samfunnet: At ein reduserer standarden på dei offentlege tenestene. Det er mogleg å sjå samhandlingsreforma i tråd med ein slik tankegang. Samtidig er det også mogleg å sjå dette i lys av eit av dei andre tiltaka ein set opp i reforma og som fleire av informantane også peikte på, sjukehusa må få drive med det dei kan best, nemleg spesialisert omsorg. Og som om lag alle informantane var enige om: Det er ikkje noko poeng for ein pasient som er ferdigbehandla å ligge på sjukehus. Det vert derfor spennande å følge den utvikling som skjer vidare, når ein også får dei andre elementa på plass, som dei lokalmedisinske sentera. Eit oppbygt tilbod i kommunane er eit av nøkkelgrepa for å tette gapa mellom specialist- og kommunehelsetenestene.

Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor har kome eit godt stykke på veg i å realisere målsettingane i samhandlingsreforma kring dei utskrivingsklare pasientane. Informantane viser at ein i helsevesenet legg ned ein betydeleg innsats for å få til gode tenester og samhandling til beste for brukarane. Inntrykket er at ein opplever at samhandling er vegen å gå. Med fortsatt tett samarbeid på alle nivå i organisasjonane og meir kunnskap om kvarandre vil ein kunne arbeide mot å betre dei utfordringane ein ser i samarbeidet og gjennom dette oppnå meir saumlause overgangar mellom dei ulike nivåa i helsevesenet.

# Litteraturliste

- Aftenposten. (2008, 21. juni). "Ny ryddejobb for Helse-Hanssen", Thomas Spence & Solveig Ruud.
- Andersen, Svein S. (2006). "Aktiv informantintervjuing". *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 22, 278-298.
- Askim, Jostein, Tom Christensen, Anne Lise Fimreite, & Per Lægreid. (2009). How to Carry Out Joined-Up Government Reforms: Lessons from the 2001–2006 Norwegian Welfare Reform. *International Journal of Public Administration*, 32(12), 1006-1025. doi: 10.1080/01900690903223888
- Botten, Grete. (2008, 7. feb 2008). "Hvorfor er norsk helsevesen dyrest?", Kronikk, Aftenposten. Henta frå <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/.T5Pkq9nGiVo>
- Bryman, Alan. (2004). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bydel St. Hanshaugen. (2013a). "Søke tjenester". Henta 18. mars 2013, frå [http://www.bydel-st-hanshaugen.oslo.kommune.no/helse\\_og\\_omsorg/soke\\_tjenester/](http://www.bydel-st-hanshaugen.oslo.kommune.no/helse_og_omsorg/soke_tjenester/)
- Bydel St. Hanshaugen. (2013b). Årsberetning 2012. Oslo: Bydel St. Hanshaugen.
- Bydel Vestre Aker. (2013a). "Enhet for bestiller har ansvar for vedtak innen følgende områder". frå [http://www.bydel-vestre-aker.oslo.kommune.no/pleie\\_og\\_omsorg/soke\\_tjenester/article117789-15727.html](http://www.bydel-vestre-aker.oslo.kommune.no/pleie_og_omsorg/soke_tjenester/article117789-15727.html)
- Bydel Vestre Aker. (2013b). Årsberetning 2012. Oslo: Bydel Vestre Aker.
- Bydel Østensjø. (2010). Omsorgstrappa. PDF. [http://www.bydel-ostensjo.oslo.kommune.no/pleie\\_og\\_omsorg/omsorgstrappa/](http://www.bydel-ostensjo.oslo.kommune.no/pleie_og_omsorg/omsorgstrappa/).
- Christensen, Tom, & Per Lægreid. (2007a). *Transcending new public management*. Aldershot, England: Ashgate.
- Christensen, Tom, & Per Lægreid. (2007b). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059-1066. doi: 10.2307/4624667
- Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness, & Kjell Arne Røvik. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforl.
- Christensen, Tom, & Kjell Arne Røvik. (2000). "The Ambiguity of Appropriateness". I P. Lægreid & M. Egeberg (Eds.), *Organizing Political Institutions. Essays for Johan P. Olsen 1999* (pp. 159-180). Oslo: Universitetsforlaget.
- Diakonhjemmet sykehus. (2012). Tall fra Diakonhjemmet sykehus 2011. *Dialog - årsmagasin for Diakonhjemmet sykehus*.
- Diakonhjemmet sykehus. (2013a). Avdeling for samhandling. Henta 19. mars, 2013, frå [http://www.diakonsyk.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=495&I=1425](http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=495&I=1425)
- Diakonhjemmet sykehus. (2013b). Våre ansvarsområder. Henta 19. mars, 2013, frå [http://www.diakonsyk.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=527&I=9391](http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=527&I=9391)
- Dønnum, Helge. (2003). "Evaluerings av konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren. Oslo kommune. Delrapport.". Sandvika: KS Forskning.
- Egeberg, Morten. (1999). The Impact of Bureaucratic Structure on Policy Making. *Public Administration*, 77(1), 155-170. doi: 10.1111/1467-9299.00148
- Egeberg, Morten. (2003). "How Bureaucratic Structure Matters. An Organizational Perspective". I J. Pierre & B. G. Peters (Eds.), *Handbook of Public Administration* (pp. 116-126). London: Sage.
- Egeberg, Morten. (2012). "How Bureaucratic Structure Matters: An Organizational Perspective". I B. G. Peters & J. Pierre (Eds.), *The SAGE Handbook of Public Administration* (2nd. ed., pp. 157-168). London: SAGE Publications Ltd.



- Egger, Knut. (2009). Prosjekt Pasientflyt i Diakonhjemmet sektor (Bydel Sagene, Trans.). Oslo: Oslo kommune.
- Forskrift av 16. desember 1998 nr 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (1998).
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011), Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. november 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §§ 11-3 og 11-4 tredje ledd.
- George, Alexander L., & Andrew Bennett. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Gerring, John. (2007). *Case study research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gulick, Luther. (1937). Notes on the Theory of Organization. I L. Gulick & L. Urwick (Eds.), *Papers on the science of administration*. New York: Institute of Public Administration. (Reprinta frå: 1969).
- Hagen, Terje P. (2013). "Samhandlingsreformen: Kva skjedde første året?". Foredrag ved Helsekonferansen 2013, Oslo 8. mai.
- Hals, Kjersti. (2012). *"The implementation of the Norwegian Coordination Reform"*. (Master), University of Oslo, Oslo.
- Heintze, Theresa, & Stuart Bretschneider. (2000). "Information Technology and Restructuring in Public Organizations: Does Adoption of Information Technology Affect Organizational Structures, Communications, and Decision Making?". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(4), 801-830.
- Hellevik, Ottar. (1997). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Høringsnotat. Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni 2011 nr 3 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011).
- Helse Sør-Øst. (2012a). 1. tertial 2012. Oslo: Helse Sør-Øst.
- Helse Sør-Øst. (2012b). 2. tertial 2012. Oslo: Helse Sør-Øst.
- Helsedirektoratet. (2011, 12.12.2011). Hva er DRG-systemet. Henta 12. mai, 2013, frå <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/hva-er-drg-systemet.aspx>
- Helsedirektoratet. (2012). Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet november 2012. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseetaten. (2012, 05. juni). Elektronisk meldingsutveksling. Henta 8. april, 2013, frå <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/meldingsutveksling/>
- Helseetaten. (2013, 5. april). Elektronisk samhandling. Henta 8. april, 2013, frå [http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/meldingsutveksling/for\\_sykehus/](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/meldingsutveksling/for_sykehus/)
- Høverstad, Martin. (2010). *Et nytt grep på helse-Norge? En prosess- og innholdsanalyse av forslaget om samhandlingsreform*. (Master i statsvitenskap), Universitetet i Oslo, Oslo.
- King, Gary, Robert O. Keohane, & Sidney Verba. (1994). *Designing social inquiry : scientific inference in qualitative research*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Kjelvik, Julie. (2007). "Fra kommunekasser til helseforetak – 120 års kollektiv helseutbygging". In R. R. Bore (Ed.), *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*. Statistiske analyser (94 ed.). Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentrabyrå. Henta frå <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/sa94.pdf>.

- Krasner, Stephen D. (1988). Sovereignty: An Institutional Perspective. *Comparative Political Studies*, 21(1), 66-94. doi: 10.1177/0010414088021001004
- KS. (2012). Utskrivningsklare pasienter- endrer praksis seg? *KS FOU-prosjekt nr. 124005*. Oslo: KS.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus. (2012a). Prosedyre: Samhandling - pasient med behov for kommunale tjenester - utskrivningsklar pasient. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus. (2012b). Årsberetning 2011. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Lund, Thorleif. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- March, James G., & Johan P. Olsen. (1983). Organizing Political Life: What Administrative Reorganization Tells Us about Government. *The American Political Science Review*, 77(2), 281-296. doi: 10.2307/1958916
- March, James G., & Johan P. Olsen. (2004). The logic of appropriateness *Working Papers WP 04/09*. Oslo: Arena.
- Margetts, Helen. (2012). "Electronic Government: A Revolution in Public Administration". I B. G. Peters & J. Pierre (Eds.), *The SAGE Handbook of Public Administration* (2nd ed., pp. 447-462). London: SAGE Publications Ltd.
- McDonald, K.M., V. Sundaram, & D.M. Bravata. (2007). "Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies". *Technical Reviews*, No. 9.7., 7: *Care Coordination*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
- Meld. st. 16. (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Moland, Leif. (2011). Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo. Oslo: Fafo-rapport 2011:17.
- Mosher, Frederick (Ed.). (1967). *Governmental Reorganizations*. Indianapolis: Bobbs-Merrill Company.
- Neby, Simon. (2012). "NPM vs. WoG in Norwegian healthcare: Accountability issues arising from a decade of health sector reforms". Paper for EGPA 2012, Permanent study Group VI: Governance of Public Sector Organizations. Uni Rokkan Centre. Bergen.
- Nome, Kirsti Færevaa, & Ole Næss. (2011). *Mot en helhetlig helsetjeneste. En casestudie av Stokka Intermediæravdeling*. (Masterstudiet i Endringsledelse), Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- NOU 1996: 5. *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. (NOU 2005:3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Ot.prop. 66. (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Oxman, A.D., A. Bjørndal, S. Flottorp, & A.K. Lindahl. (2008). "Integrated Health Care for People with Chronic Conditions. A Policy Brief". Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Peters, B. Guy. (2012). *Institutional theory in political science : the "new institutionalism"* (3rd ed.). London: Continuum.
- Pollitt, Christopher. (2008). "Ch. 2 Timeships - Navigating the Past" i *Time, policy, management: Governing with the past*. Oxford: Oxford University Press.
- Prop. 1 S. (2011-2012). *Proposisjon til stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2012*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Samarbeidsavtale. Del 1 - generell del. (2012). Avtale mellom Oslo kommune, Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.

- Selznick, Philip. (1997). *Lederskap*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- St.meld. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Streeck, Wolfgang, & Kathleen Thelen. (2005). "Institutional Change in Advanced Political Economies". I W. Streeck & K. Thelen (Eds.), *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies* (pp. 1-57). Oxford: Oxford University Press.
- Svardal, Mari. (2012a). "*Først skal jeg reise, så skal jeg ha ferie, og så blir det action*". Ein studie av prosessen som leia fram til samhandlingsreforma. Semesteroppgåve STV4428. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Svardal, Mari. (2012b). *Korleis forske på tidlege effektar av Samhandlingsreforma i Oslo? Metodologiske refleksjonar rundt eit tenkt forskningsopplegg*. Semesteroppgåve STV4020. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Svardal, Mari. (2012c). *Kva type reform er samhandlingsreforma?* Semesteroppgåve STV4402. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Svardal, Mari. (2012d). *Tre utfordringar - ei løysing. St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma i eit myteperspektiv*. Semesteroppgåve STV4407. Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Sykehjemsetaten. (2012). Strategisk plan for Sykehjemsetaten 2012 - 2015. Livsutfoldelse i trygge omgivelser. Oslo: Oslo kommune.
- Tjenesteavtale 2. (2012). Samarbeid om innleggelse i sykehus og om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Avtale mellom Oslo kommune og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS.
- Williksen, Rachel Myhr. (2012). Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen. Oslo: KS, Program for storbyforskning.
- Zuna, Hans Robert. (1999). "Utdannelse og beslutninger". *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 15, 338-360.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide<sup>6</sup>

Spørsmål til: Bestillerkontor (BK) / sjukehusstilsette (SH)

### Bakgrunnsinformasjon

- Yrke
- Kor lenge har du arbeidd i denne stillinga og i helsevesenet generelt?
- Kva er dine vanlege arbeidsoppgåver i samband med samhandlingsreforma?

### Om samhandlingsreforma

- Kva legg du i ordet ”samhandling”?
- Kva syns du om samhandlingsreforma så langt?
  - Styrker / svakheiter
  - Er det noko du skulle ynskje at var annleis?
- Korleis vart reforma presentert for dykk?
  - Kva vart det lagt vekt på?

### Deskriptivt om samhandlingspraksis mellom bestillerkontor og lokalsjukehus

- (BK) Korleis føregår vanlegvis prosessen rundt ein pasient de får beskjed om er utskrivingsklar?
- (SH) Korleis føregår vanlegvis prosessen kring å avgjere om ein pasient har oppfølgingsbehov etter sjukehusopphald?
  - Når skjer denne vurderinga vanlegvis?
- Skjer det ofte endringar i pasientar sin status?
  - Har noko av dette endra seg etter at reforma sette i gong?
- Har det skjedd andre endringar på din arbeidsstad før / etter reforma?
  - Viss ja: kva?
- Fremjar strukturen samhandlingspraksisen? (Lovverk, system, datasystem, rutinar, prosedyrar, avvikshandsaming osv.)
  - Dersom nei: kva er hindringane?

---

<sup>6</sup> Intervjuguiden er inspirert av guiden brukt av Nome & Næss (2011) i deira studie av Stokka intermediæravdeling.

- På kva måte vil du si at praksisen samhandlingsreforma fører med seg er eigna for å på ein god måte gjennomføre dei oppgåvene de har?
  - På kva måte er den mindre eigna?
- (SH) Kor langt følgjer samhandlingskoordinatoren pasienten?
- Kor lenge føregår samhandlinga om ein enkelt pasient?
  - Er dette forskjellig frå tidlegare?
- (SH) Opplever de at pasientane kjem tilbake igjen til sjukehuset etter opphold i kommunen?
- Kva opplever du som viktige faktorar for at ein skal få til best mogleg samhandling?

### **Samhandlingsreforma og betydinga for samhandlingspraksis mellom bestiller og sjukehus**

- I kva grad har det skjedd endringar i din arbeidskvardag etter at reforma sette i verk?
- Korleis opplever du samarbeidet mellom bestillerkontor og sjukehus?
- Har det etter reforma vorte lettare /vanskelegare / ingen endring i å samarbeide med
  - (BK) sjukehuset?
  - (SH) bestillerkontoret?
  - Kva bidrar til at det er sånn?
- Opplever du at det er kulturforskjellar mellom bestillerkontoret og lokalsjukehuset?
- Syns du at reforma fører til betre samarbeid?
- Føler du at samhandlingsreforma passar godt inn i din arbeidssituasjon?
- Opplever du at det er nok kunnskap om det tilbodet de yter hjå
  - (BK) lokalsjukehuset?
  - (SH) bestillerkontoret?
- Har de opplevd at det er nokre område det er vanskelegare å samarbeide om enn andre?
- Opplever du at det er gjensidig forståing for og vilje til løysing av eventuelle problem?
- Opplever du at det er område der det er fagleg ueinigheit?
  - Dersom ja, har du eksempel?
- Oppfattar du bestillerkontoret / lokalsjukehuset som medspelarar eller motspelarar?
- Korleis påverkar reforma kommunikasjonen med lokalsjukehus/bestillerkontor?
- Korleis påverkar reforma din tillit til lokalsjukehus/bestillerkontor?

- Korleis påverkar reforma dine haldningar til lokalsjukehus/bestillerkontor?
- Korleis påverkar reforma dine kunnskapar om lokalsjukehus/bestillerkontor?
- (BK) Har de god nok tid til å gjere dei vurderingane de føler er nødvendig før tiltak vert sett i verk i bydelen (tidspunkt for fyrste beskjed om pasient, endringar i utskrivingstidspunkt...)?

### **Effektar av reforma for pasienten**

- Korleis syns du pasientane har fått det etter reforma?
  - Tenester?
  - Pasientflyt?
  - Tilbod på sjukehus?
  - Tilbod i bydel?
  - Reinnleggingar til sjukehus?
- (BK) Er det tilstrekkeleg tilbod tilgjengeleg for pasientane i bydelen du arbeider i?
- (SH) I kva grad er de involvert i den vidare prosessen rundt pasienten etter at han er utskriven frå sjukehus?

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Forespørsel om deltaking i intervju i samband med masteroppgåve.

Eg er student ved masterstudiet i statsvitenskap ved Universitetet i Oslo og arbeider no med den avsluttande masteroppgåva. I forbindelse med innføringa av samhandlingsreforma ynskjer eg å studere korleis reforma fungerer i praksis så langt: om samhandling kring utskrivingsklare pasientar blir betre etter innføringa av reforma og om reforma fører til eit betre tilbod for pasientane.

Eg er derfor interessert i å intervjuje personar som til dagleg arbeider med samhandling ved bestillerkontor i ein del bydelar i Oslo og ved nokre lokalsjukehus. Spørsmåla vil dreie seg om korleis personane opplever reforma og korleis arbeidskvardagen deira vert påverka av ho, og vil fokusere på samarbeidet kring utskrivingsklare pasientar. Frå dykkar avdeling ynskjer eg å kome i kontakt med 2-3 personar som arbeider med samhandlingsoppgåver kring utskrivingsklare pasientar og som har gjort dette også før reforma starta opp.

Intervjua vil verte gjennomført enkeltvis. Under intervjuet ynskjer eg å bruke båndopptakar og eg vil gjere notat. Intervjuet til ta ca 45-60 minutt og me avtalar tid og stad. Det er frivillig å være med og ein har moglegheit til å trekke seg når som helst undervegs, utan å måtte grunngi dette nærmare. Dersom du trekker deg vil alle innsamla data om deg bli anonymisert. Opplysningane vil bli behandla konfidensielt, og ingen enkeltpersonar vil kunne gjenkjennast i den ferdige oppgåva. Opplysningene vert anonymisert og opptaka vert sletta når oppgåva er ferdig, seinast innan 31.september 2013.

Dersom de lurar på noko kan de ringe meg på [REDACTED], eller sende ein e-post til [REDACTED]. Eg vil ta kontakt med dykk per telefon i løpet av nokre dagar.

Prosjektet har motteke støtte frå Osloforskning.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med venleg helsing

Mari Svardal

[REDACTED]  
[REDACTED]